

Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC
Centro Sócio Econômico
Departamento de Ciências Econômicas

THAÍS KURSANCEW KHAIRALLA

A Saúde como um Bem Meritório: a dicotomia da indústria do tabaco.

Florianópolis, 2010

THAÍS KURSANCEW KHAIRALLA

**A SAÚDE COMO UM BEM MERITÓRIO:
a dicotomia da indústria do tabaco.**

Monografia submetida ao curso de Ciências
Econômicas da Universidade Federal de Santa
Catarina, como requisito obrigatório para a
obtenção do grau de Bacharelado.

**Orientadora: Dra. Patrícia Fonseca
Ferreira Arienti**

FLORIANÓPOLIS, 2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ECONÔMICAS

A Banca Examinadora resolveu atribuir a nota 9,0 à aluna Thaís Kursancew Khairalla na disciplina CNM 5420 – Monografia, pela apresentação deste trabalho.

Banca Examinadora:

Prof. Patrícia Fonseca Ferreira Arienti

Prof. Brena Paula Magno Fernandez

Prof. Marialice de Moraes

AGRADECIMENTOS

Em especial à minha mãe, pela dedicação, amor e carinho constantes, sem dúvida uma base sólida e um exemplo de determinação em minha vida. À minha amiga Laís, pelas inúmeras vezes em que me acolheu em sua casa e pelas muitas conversas que sempre me acalmaram quando preciso. À minha amiga Ana Silva, pela força, incentivo e apoio incondicionais. À minha amiga de infância Midori, pelo imenso carinho e dedicação de sempre. Ao meu irmão, por estar ao meu lado nas melhores e piores horas.

Agradeço também à minha orientadora Patrícia Arienti, por acreditar em mim até o último instante. Ao meu pai, pelo suporte financeiro. À Mariana e ao Assílio que também me apoiaram, dividiram comigo momentos alegres, conversas sobre tudo e principalmente nesses últimos meses, a árdua tarefa da monografia. Ao Daniel, Nicole, Elisa, Amanda, Carla e tantos outros amigos que fazem parte da minha vida e que contribuíram, ainda que indiretamente, para essa conquista.

Sem vocês, nada disso teria sido possível e nem faria sentido.

RESUMO

A estratégia da indústria do tabaco é a mesma no mundo inteiro e vai de encontro à saúde pública e ao bem estar das populações. A Organização Mundial da Saúde identifica o tabagismo como um fator de risco à vida que deve ser combatido com alta prioridade, tendo em vista o uso do tabaco ser a maior causa de mortes prematuras do planeta, provocando o óbito de cerca de 5 milhões de pessoas por ano. Como resultado dessa preocupação, foi criado o primeiro tratado internacional no âmbito da saúde, a Convenção Quadro para Controle do Tabaco, que fixa padrões mínimos de controle e combate do consumo do tabaco no mundo. O Brasil reconhece esse problema e vem desenvolvendo ações nesse sentido, através de políticas públicas de saúde, como a conscientização da população dos malefícios e a proibição da propaganda. Embora o Estado obtenha uma elevada arrecadação tributária, de cerca de R\$ 8,5 bilhões, dessa cadeia produtiva, além de outras receitas como as exportações e os empregos gerados; o custo social e econômico do seu uso é grande, devido principalmente às doenças tabaco-relacionadas, como os diversos tipos de câncer, as patologias respiratórias e cardiovasculares. Dentre estas, destaca-se o câncer de pulmão, com um custo médio de R\$ 28.902,09 por pessoa, o qual é consequência tanto do tabagismo ativo quanto do passivo. Dessa forma, conclui-se que o tabagismo é um grave problema de saúde pública mundial, e que cuidar da saúde da população é dever dos governantes. Portanto, quando estes adotam medidas de proteção à saúde, estão cumprindo seu papel de promover o bem-estar social.

Palavras-chave: tabaco, tributação, custos, políticas públicas de saúde, bem-estar social, Setor Público.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Participação de Cada Tributo em relação à Carga Tributária Total da Cadeia Produtiva do Fumo	55
Figura 2 - Histórico das alíquotas do IPI Fumo	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Maiores Produtores Mundiais (t)	49
Tabela 2 - Maiores Exportadores Mundiais (t)	49
Tabela 3 - Importância Econômica – 2008	51
Tabela 4 - Peso da Carga Tributária sobre os Elos da Cadeia Produtiva do Fumo no Brasil .	52
Tabela 5 - Remuneração dos Fatores de Produção dos Elos da Cadeia Produtiva do Fumo no Brasil	53
Tabela 6 - Histórico da arrecadação federal relacionada com o IPI-FUMO e IPI-TOTAL ...	58
Tabela 7 - Histórico das alíquotas de PIS e COFINS	60
Tabela 8 - Arrecadação Total dos Tributos Federais incidentes na cadeia produtiva do cigarro, 1999 a 2009	62
Tabela 9 – Custos totais e tabaco-relacionados por grupo de enfermidades, SUS, 2005	65
Tabela 10 - Custos totais e atribuíveis ao tabagismo de hospitalizações por neoplasias e procedimentos de quimioterapia, SUS, 2005	65
Tabela 11 - Custos totais e tabaco-relacionados de hospitalizações por doenças do aparelho circulatório, SUS, 2005	66
Tabela 12 - Custos totais e tabaco-relacionados de hospitalizações por doenças do aparelho respiratório, SUS, 2005	67
Tabela 13 – A Dicotomia da Indústria do Tabaco: Receitas x Custos	85

SUMÁRIO

RESUMO.....	4
LISTA DE FIGURAS.....	5
LISTA DE TABELAS.....	6
1 TEMA E PROBLEMA DE PESQUISA.....	9
1.1 INTRODUÇÃO.....	9
1.2 OBJETIVOS.....	132
1.2.1 Objetivo Geral	143
1.2.2 Objetivos Específicos.....	143
1.3 JUSTIFICATIVA	143
1.4 METODOLOGIA.....	154
2 O ESTADO E A SAÚDE	198
2.1 O ESTADO	198
2.1.1 O Setor Público e a Teoria do Bem-Estar Social	198
2.1.2 As Funções do Setor Público na economia	243
2.1.3 O sistema tributário e as receitas do Setor Público	264
2.1.4 Os Impostos Diretos e Indiretos	287
2.1.5 Os gastos do Setor Público.....	321
2.2 SAÚDE: UM BEM MERITÓRIO E SUAS EXTERNALIDADES	31
2.3 O PAPEL HISTÓRICO DO ESTADO NA SAÚDE	342
2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	386
2.5 O CASO DO CIGARRO NA SAÚDE.....	42
3 A INDÚSTRIA DO TABACO.....	453
3.1 PERSPECTIVA HISTÓRICA	43
3.2 IMPORTÂNCIA ECONÔMICA DO SETOR NO BRASIL.....	486
3.3 A CADEIA PRODUTIVA E A TRIBUTAÇÃO	531
3.4 OS TRIBUTOS INCIDENTES NA CADEIA PRODUTIVA	564
3.5 OS CUSTOS DO CONSUMO DE CIGARROS	653
4 ESTRATÉGIAS DOS ÓRGÃOS GOVERNAMENTAIS EM RELAÇÃO AO USO DO TABACO	742
4.1 POLÍTICAS DE CONTROLE	753
4.2 POLÍTICAS DE COMBATE.....	76
4.2.1 Oferta.....	775

4.2.2 Demanda.....	80
4.2.2.1 Os impactos da política de preços e impostos	808
4.2.2.2 Os impactos das políticas não-relacionadas aos preços e impostos	79
4.2.2.2.1 Informações aos consumidores.....	820
4.2.2.2.2 Proibições sobre Propaganda, Promoção e Patrocínios.....	842
4.2.2.2.3 Proibições do Fumo em Locais Públicos e nos Locais de Trabalho	853
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	875
5.1 A DICOTOMIA	85
5.2 CONCLUSÃO	86
5.3 RECOMENDAÇÕES	88
REFERÊNCIAS	91

1 TEMA E PROBLEMA DE PESQUISA

1.1 INTRODUÇÃO

O tabaco é o único produto legal que causa a morte da metade de seus usuários regulares. Cerca de 1/3 da população adulta mundial é fumante (IGLESIAS, 2007). Isto significa que, dos atuais 1,2 bilhão de fumantes em todo o mundo, 600 milhões vão morrer prematuramente em decorrência de alguma doença causada pelo cigarro (OMS apud ACTbr, 2010). Especificando esse número ao Brasil, os últimos dados publicados pelo IBGE, em 2008, através do suplemento especial de Saúde da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD), revela que cerca de 17,2% de sua população, com 15 anos ou mais de idade, são fumantes correntes (habituais), o que significa que aproximadamente 24,6 milhões brasileiros são fumantes, e destes, 12,3 milhões irão morrer por alguma doença relacionada ao tabagismo.

É preciso colocar em cena que as complicações decorrentes do tabaco são a maior causa de doenças e mortes evitáveis em todo o mundo. Segundo a OMS, atualmente, a utilização do tabaco causa 5 milhões de mortes por ano. Se as tendências atuais de consumo de tabaco não forem modificadas, em 2020 ele provocará 8,4 milhões mortes/ano, podendo atingir, antes de 2030, a marca dos 10 milhões de óbitos por ano no mundo. Eles irão ocorrer especialmente em indivíduos na idade produtiva, entre 35 e 69 anos, e principalmente concentrados nos países em desenvolvimento, que por si só já são os mais pobres do globo e lutam para melhorar sua condição de vida (OPAS, 2002).

O panorama mundial mostra que embora o consumo de derivados do tabaco, especificamente cigarros, venha caindo na maioria dos países desenvolvidos, a demanda global por esses produtos aumentou significativamente nos últimos anos, principalmente, as custas do crescimento da demanda nos países em desenvolvimento.

Só no Brasil, o tabaco é responsável por 200 mil óbitos por ano, média de 23 óbitos por hora. A literatura científica indica que há uma forte relação entre o tabagismo e determinadas doenças, como as coronarianas, respiratórias, cerebrovasculares e as neoplasias. As estimativas apontam que o tabagismo é responsável por 45% das mortes por doença coronariana (infarto do miocárdio), 85% dos casos de bronquite crônica e enfisema pulmonar; 25% das mortes por doença cerebrovascular (derrames), 90% das incidências de câncer de

pulmão (entre os 10% restantes, 1/3 é de fumantes passivos) e 30% das mortes decorrentes de outros tipos de câncer, como boca, laringe, faringe, esôfago, pâncreas, rins, bexiga, fígado e colo de útero (INCA, 2010).

A expectativa de vida dos pacientes que não param de fumar pode ser reduzida em até 10 anos comparada aos não-fumantes (OMS, 2002). Araújo (2008) mensura o problema destacando que o tabaco é responsável por 1/6 das mortes em todo planeta e que os homens fumantes têm uma taxa de mortalidade global 70% maior do que a dos não fumantes.

O tabagismo é amplamente reconhecido como uma doença resultante da dependência de nicotina, que obriga os usuários dos produtos de tabaco a se exporem continuamente a cerca de 4.700 substâncias tóxicas, sendo 60 delas cancerígenas para o homem e, assim, a contraírem outras doenças limitantes e fatais (ARAÚJO, 2008).

De acordo com o Banco Mundial (1999), o consumo do fumo gera uma perda mundial de 200 bilhões de dólares por ano. Esta perda é causada pela soma de diversos fatores, como o tratamento das doenças relacionadas ao tabaco, mortes de cidadãos em idade produtiva, maior índice de aposentadorias precoces, aumento no índice de faltas ao trabalho e menor rendimento produtivo.

O tabaco é a 2ª droga mais consumida entre os adolescentes, no mundo e no Brasil, só superada pelo álcool (ARAÚJO, 2008). Isso se deve, provavelmente, à forma como o seu consumo se insere na sociedade. Fatores que facilitam a obtenção do produto, o seu baixo preço, somados a atividades de promoção e publicidade associando-o a imagens de beleza, sucesso, liberdade, poder, inteligência e outros atributos desejados especialmente pelos jovens, durante anos criaram uma aura de aceitação social e de imagem positiva do comportamento de fumar. O sucesso dessas estratégias é traduzido no fato de que a maioria dos indivíduos começam a fumar jovens, na infância ou na adolescência. Segundo dados da PNAD 2008, cerca de 78% das pessoas que se declararam fumantes ou ex-fumantes iniciaram o hábito até os 19 anos de idade.

O hiato entre a exposição e o desenvolvimento de doenças tabaco-relacionadas é de 30 a 40 anos. O tabagismo é um problema de consequências tardias. Assim, as pessoas que estão procurando tratamento hoje possivelmente começaram a fumar cerca de 3 ou 4 décadas atrás, quando a glamurização do tabagismo se fortaleceu, principalmente, pelas estratégias de marketing da indústria do tabaco a partir dos anos 50. Aliado a isso, nesse período, a promoção e a prevenção da saúde ainda não possuíam um espaço relevante nas políticas públicas de saúde.

Reconhecendo a expansão do consumo do tabaco como um problema global, foi criada uma Convenção Quadro para o Controle do Tabagismo. Este é o primeiro tratado internacional na área da saúde desenvolvido sob os auspícios da OMS, no qual os Estados signatários concordam em empreender esforços para alcançar os objetivos definidos por ela. Esse tratado não substitui as ações nacionais e locais para o controle do uso do tabaco, mas estabelece padrões mínimos para essas ações.

Para o Brasil, tanto do ponto de vista estritamente econômico quanto do ponto de vista social, sanitário e ambiental, esta problemática é relevante, já que o país é hoje o segundo maior produtor de tabaco no mundo, ficando atrás apenas da China; e, desde 1993, ocupa o primeiro lugar na exportação mundial. Tanto, que o Brasil foi um dos primeiros países a ratificar a Convenção-Quadro em seu território, em novembro de 2005. É considerado um país-chave em termos de estratégias de combate ao consumo do tabaco no mundo.

Os resultados desses esforços já podem ser observados. Em 1989, foi realizada a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) que estimou o percentual de fumantes atuais no Brasil, na população de 15 anos ou mais de idade, em 33,1%. Nas últimas décadas, os esforços empreendidos pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) vêm modificando este quadro. A prevalência de fumantes na população acima de 15 anos, que era de 33% em 1989, caiu para 19% em 2003, e, em 2008, foi de 17,2%. (ARAÚJO, 2008; PNAD, 2008)

Embora se reconheça os avanços no controle do tabagismo no Brasil nos últimos 20 anos, é importante ainda sustentar e fortalecer a política nacional, cuja responsabilidade é do próprio INCA, por intermédio do Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Tem também papel fundamental nesse processo, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), no sentido de regulamentar e fiscalizar os produtos derivados do tabaco.

A epidemia de tabagismo consome os já pequenos recursos orçamentários dos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento. O conhecimento dos custos relacionados à assistência das doenças tabaco-relacionadas é ainda escasso, necessitando, portanto, de estudos que possam apoiar a tomada de decisões nesta área. Um dos problemas enfrentados é a carência de informação de qualidade relacionada às consequências econômicas e sanitárias do tabaco no Brasil. Isto tem se revelado uma importante barreira, para alimentar os tomadores de decisão, tanto ao nível governamental quanto ao nível local, na implantação de políticas de cobertura, baseadas em evidências científicas.

O tabagismo gera um significativo custo de oportunidade ao requerer recursos humanos e materiais que ficam indisponíveis e poderiam ser utilizados para outros fins. Em

razão desse cenário, é de fundamental importância que a informação acerca da carga financeira desse fator de risco seja melhor trabalhada, em termos econômicos. Nesse sentido, não se deve tratar apenas dos custos ou das políticas de controle do tabagismo. É imprescindível fazer o levantamento da carga tributária para promover a comunicação e o debate entre governo, empresas e sociedade, em virtude de ser este um dos setores de elevada arrecadação tributária e importantes contribuições econômicas e sociais para o país.

A receita proveniente da taxação do tabaco, a geração de empregos e as exportações são argumentos empregados pela indústria fumageira no seu lobby econômico para convencer as instâncias governamentais da importância da indústria do fumo para a economia do país, o que, é claro, acaba por dificultar as ações de controle ao tabagismo.

O recolhimento de impostos que incidem sobre o cigarro é muito significativo para a economia brasileira, mas os prejuízos decorrentes do tabagismo superam qualquer questionamento puramente econômico.

Quase todos os governos tributam significativamente o fumo para gerar receita, mas à medida que a conscientização dos perigos do fumo cresceu, os governos estão cada vez mais usando as políticas fiscais do fumo para aumentar o custo de fumar e não incentivar o consumo de tabaco. Em alguns casos, como de estados dos Estados Unidos, já destinaram esses tributos para financiar programas de saúde dedicados à redução da exposição ao fumo, o que não acontece, infelizmente, em nosso país.

Perante esse contexto, o problema que surge é: de que forma ocorre essa relação entre a arrecadação tributária, proveniente da produção e comercialização de cigarros, e os gastos, principalmente com saúde pública, derivados do consumo do produto no Brasil; e qual é o papel da gestão pública nessa questão?

1.2 OBJETIVOS

Abaixo se apresentam os objetivos gerais e específicos do presente trabalho. Sendo que o primeiro refere-se à contribuição que o trabalho pretende trazer de uma forma mais abrangente à área estudada; e o segundo consiste em mostrar os resultados particulares a serem atingidos que decorrem da investigação de aspectos do problema de pesquisa.

1.2.1 Objetivo Geral

Comparar os gastos com saúde pública, decorrentes do consumo de tabaco, com a arrecadação tributária dessa atividade, na economia brasileira; e analisar a importância e a responsabilidade do Estado nessa relação.

1.2.2 Objetivos Específicos

De modo a permitir o alcance do objetivo geral acima explicitado, propõem-se como objetivos específicos a serem alcançados:

- Relacionar e analisar o Estado, a saúde e a indústria do fumo.
- Dimensionar economicamente o setor fumageiro.
- Levantar os custos totais e específicos com o tratamento de doenças tabaco-relacionadas.
- Mensurar a arrecadação tributária incidente na cadeia produtiva do fumo.
- Comparar as receitas e os gastos advindas dessa atividade.
- Identificar e analisar as estratégias e medidas aplicadas pelos órgãos governamentais que, associadas, contribuem para o controle do uso do tabaco no Brasil.

1.3 JUSTIFICATIVA

Embora alguns estudos, em diversas áreas, sobre o mercado brasileiro de cigarros e seus efeitos tenham sido realizados, ainda existe uma grande necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a realidade do Brasil, principalmente no que tange à área econômica do setor do tabaco e o papel que o governo deve desempenhar, considerando a condição do Brasil de segundo maior produtor e de principal exportador mundial de folhas de fumo.

É inaceitável que a indústria do cigarro seja um fator diferencial em alguma economia, se na realidade, de acordo com dados extraídos do INCA, ela causa em todo mundo a morte

de 5 milhões de indivíduos anualmente (10mil/dia), com a perspectiva de serem 10 milhões em 2030. E o pior: 70% dessas mortes estarão concentradas nos países em desenvolvimento, a maioria carente de financiamento público para programas sociais. Em nosso país, o número de óbitos aproxima-se de 200 mil brasileiros por ano, uma média de 23 mortes por hora.

Portanto, um estudo que mostre a realidade dessa indústria no Brasil e a importância do aparelho estatal nessa questão, sob o ponto de vista social e econômico, pode beneficiar muitos países em desenvolvimento, no sentido de incentivar a elaboração e implementação de políticas públicas para o controle efetivo do consumo de cigarros. E como resultado, obter uma população mais saudável e apta a ajudar no desenvolvimento do país, bem como reduzir os gastos públicos com saúde podendo utilizar esses recursos em outros fins, como a educação, além de evitar a morte precoce de milhares de pessoas. Somado a isso, o Estado estaria cumprindo seu papel de provedor de bem-estar para a população.

1.4 METODOLOGIA

Um estudo, para ser considerado como conhecimento científico, não basta ser verdadeiro, é preciso também que seja identificado o método que permitiu chegar a esse conhecimento. Portanto, como sintetiza Gil (2002), etimologicamente, método significa “caminho para se chegar a um fim”. Sendo assim, faz-se necessário limitar como serão feitas a coleta e o tratamento dos dados relevantes à solução do problema já apresentado, assim como os procedimentos para que os objetivos sejam alcançados.

O trabalho está estruturado em cinco capítulos, sendo o primeiro esta introdução. No segundo capítulo são tratados assuntos de ordem teórica sobre a economia do Setor Público, no campo das finanças públicas, especialmente estudos que enfatizam o papel do Estado e das instituições públicas nas falhas de mercado. Neste capítulo aborda-se ainda a bibliografia sobre as políticas públicas no Estado Brasileiro, e seu papel fundamental na gestão da saúde.

Essa pesquisa em si, que serve de suporte ao presente estudo, concentra-se numa revisão bibliográfica. O segundo capítulo, portanto, como classifica Gil (2002), é fundamentado em material já elaborado na área, principalmente teses de doutorado, artigos científicos, livros e revistas, para explicar os motivos que levam o governo a intervir na economia, bem como caracterizar a saúde dentro desse contexto e introduzir o caso do cigarro.

O terceiro capítulo, por sua vez, é voltado especificamente para a indústria do tabaco. Nele são apresentados os principais aspectos históricos e econômicos do setor, bem como sua cadeia produtiva. Nesse capítulo ainda, é feito o levantamento e a análise dos tributos incidentes na cadeia produtiva, além dos gastos com as doenças causadas pelo tabagismo, na área da saúde, tanto sob a perspectiva hospitalar quanto do órgão financiador, o SUS.

A metodologia deste capítulo pressupõe um método descritivo para buscar estabelecer a relação entre duas variáveis em questão: os gastos com a saúde pública e as receitas obtidas via tributação do cigarro. Sendo assim, "o método de pesquisa descritivo tem como características observar, registrar, analisar, descrever e correlacionar fatos ou fenômenos sem manipulá-los, procurando descobrir com precisão a frequência em que um fenômeno ocorre e sua relação com outros fatores" (MATTOS et al., 2003).

Na tentativa de desagregar todos os custos atribuídos ao uso do tabaco, a fim de estimar a amplitude do impacto do tabagismo sobre a economia, a sociedade e os indivíduos, Collins e Lapsley (1998 apud BRASIL, 2004) apontam duas grandes categorias de custos: tangíveis e intangíveis.

Os autores classificam como custos tangíveis (mensuráveis) aqueles que atingem o sistema de saúde (custos das doenças tabaco-relacionadas), a produtividade laboral (mortes de cidadãos em idade produtiva, além da perda de produção e produtividade devido ao maior número de faltas e menor rendimento dos trabalhadores), o sistema previdenciário (pensões e aposentadorias precoces) e o meio ambiente (incêndios, a poluição ambiental gerada pela fumaça dos derivados do tabaco e a degradação de florestas e do solo, devido ao processo de cura da folha do tabaco e ao uso intensivo de agrotóxicos). Agregam ainda a essa categoria de custos, a pesquisa e a educação em saúde, posto que recursos alocados nestas áreas poderiam ser aplicados em outros programas e/ou intervenções. Em relação aos custos intangíveis (de difícil quantificação), os pesquisadores elegem a morte e o sofrimento de fumantes, ex-fumantes e de seus familiares, como os mais importantes.

Entretanto, este trabalho mensurará apenas os custos ao sistema de saúde, por não ter encontrado dados realmente relevantes e confiáveis para iniciar uma pesquisa e quantificação numérica dos demais custos.

No tocante à determinação das receitas provenientes do tabaco, este trabalho buscou quantificar especificamente os rendimentos advindos da taxação do produto em sua cadeia produtiva. Colocou-se em pauta também os ganhos financeiros com as exportações e a geração de empregos do setor, contudo o objetivo do trabalho é fazer uma análise sob a ótica das finanças públicas, utilizando as políticas fiscais como instrumentos de ajuste.

O quarto capítulo mostra as estratégias adotadas pelos órgãos governamentais para o controle do uso do tabaco. Aborda políticas públicas de saúde no sentido da prevenção e do combate ao consumo de cigarros, além de questões como o mercado ilegal.

Esse capítulo foi baseado em uma pesquisa documental. Esta tem pontos semelhantes à pesquisa bibliográfica, feita no segundo capítulo, contudo a diferença entre ambas reside na natureza da fonte da pesquisa. Na bibliográfica utilizam-se autores que escreveram sobre o assunto, já na documental aproveita-se de materiais que não tiveram tratamento analítico ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos de pesquisa, que são identificar e analisar as estratégias de atuação dos órgãos governamentais no controle e combate da indústria do tabaco. Esses materiais são, por exemplo, dados censitários, documentos oficiais, registros de arquivos de empresas ou ainda relatórios de órgãos públicos competentes.

Importante ressaltar que, durante essa pesquisa documental, foi identificado o fato de que 99,6% dos usuários de tabaco fumam cigarro, ou seja, apenas 0,4% dos usuários de tabaco fumam outros derivados do tabaco que não o cigarro. Portanto nesse debate, para efeitos de análise, os usuários de tabaco serão tratados de forma equivalente aos usuários de cigarro.

O quinto e último capítulo apresenta as principais conclusões do trabalho, evidenciando a relação entre a arrecadação tributária do setor e os custos gerados pelas doenças tabaco-relacionadas, bem como o papel que o Estado desempenha nessa questão.

Em geral, de acordo com Teixeira (2005), a pesquisa pode também ser classificada como quantitativa ou qualitativa. Quantitativa quando a pesquisa usa linguagem matemática para as formulações do estudo; e qualitativa quando utiliza a lógica para diminuir a distância entre a teoria e os dados. Aplicando esse conceito ao presente trabalho, tem-se que foi possível levantar de forma quantitativa, os dados necessários sobre os custos e a tributação incidente na cadeia produtiva, e posteriormente, através deles, ser feita a análise qualitativa dos mesmos, buscando uma identificar a relação entre ambos agregando ainda as possíveis intervenções do governo nesse sentido.

Em sua totalidade, o presente estudo procurou quantificar o problema através de um panorama geral da situação brasileira. Buscou-se desenvolver um estudo sério, com o objetivo de chegar a conclusões verdadeiras acerca da realidade, no caso em questão, da realidade sócio-econômica da indústria do tabaco. Foram apresentadas algumas soluções para alguns pontos específicos, contudo ainda seriam necessários maiores estudos para apresentar uma proposta de desenvolvimento sustentável para esse setor.

2 O ESTADO E A SAÚDE

A concepção da área temática tomou como referência a literatura científica sobre a economia do Setor Público, no campo das finanças públicas, especialmente estudos que enfatizam o papel do Estado e das instituições públicas nas falhas de mercado. Foi considerada também, a bibliografia sobre as políticas públicas no Estado Brasileiro, de fundamental importância para os gestores da saúde. Os conteúdos e proposições presentes neste debate teórico surgem de questionamentos concretos do cotidiano da gestão pública em saúde.

O objetivo desse capítulo é mostrar os motivos pelos quais o setor público deve intervir na economia, bem como as funções que ele deve executar e os meios pelos quais as realiza. É dada ênfase ao sistema tributário como instrumento de financiamento dessas ações e comenta-se também sobre os gastos do setor público. Após isso, o capítulo busca caracterizar a necessidade de intervenção do governo na saúde, sua forma histórica de atuação e o importante papel que ele desempenha no sentido de elaborar e implementar políticas públicas eficazes para gerar uma eficiente alocação de recursos nessa área. Por fim, o capítulo termina com a discussão das externalidades negativas no setor de saúde, gerado especificamente pelos fumantes.

2.1 O ESTADO

2.1.1 O Setor Público e a Teoria do Bem-Estar Social

O objetivo maior do Estado deve ser o de buscar o bem comum da sociedade. Perante isso, essa seção procura explicar, através da Teoria do Bem-Estar Social, as situações em que o Setor Público deve intervir no mercado para que seja alcançado esse objetivo.

Giambiagi e Além (2008) definem a teoria tradicional do bem-estar social (*welfare economics*) afirmando que,

sob certas condições, os mercados competitivos geram uma alocação de recursos que se caracteriza pelo fato de que é impossível promover uma realocação de recursos de tal forma que um indivíduo aumente seu grau de satisfação, sem que, ao mesmo tempo, isso esteja associado a uma piora da situação de algum outro indivíduo (p. 4)

Essa alocação de recursos, que tem a propriedade de que ninguém pode melhorar sua condição, sem causar algum prejuízo a outros agentes, é denominada “ótimo de Pareto”. Este economista italiano alega que há circunstâncias em que não é possível melhorar a situação de um agente econômico sem piorar a de pelo menos um dos demais agentes. Em outras palavras, modificações que envolvem melhorias na situação de pelo menos um agente econômico, sem piorar a dos demais agentes, representam Melhorias de Pareto (SOUSA, [s.d.]). Portanto, a definição do ponto de ótimo é aquela em não é mais possível melhorar a condição de nenhum agente econômico, pois isso implicaria em prejuízo para os outros.

Paralelamente a este conceito, a teoria econômica tradicional ensina que

para atingir uma alocação “Pareto eficiente” de recursos não é necessário que exista a figura de um “planejador central”, já que a livre concorrência, com as firmas operando em um mercado competitivo e procurando maximizar seus lucros, permitiria atingir esse ideal de máxima eficiência (GIAMBIAGI; ALÉM, 2008, p. 4).

A ocorrência dessa situação ótima, entretanto, depende de dois pressupostos: a não existência de progresso técnico e o mercado atuando sob concorrência perfeita. Esta implica na existência de um mercado composto por um grande número de pequenas empresas, onde suas decisões individuais de quantidades produzidas são incapazes de afetar o preço de mercado, e a informação entre os agentes econômicos é simétrica (GIAMBIAGI; ALÉM, 2008).

Portanto, o setor público poderia não existir se todos os mercados de bens e serviços funcionassem sob concorrência perfeita e com isso fossem alocados satisfatoriamente para a sociedade (RIANI, 1997). A Teoria do Bem-Estar Social afirma que, na ausência de falhas de mercado, alocação de recursos produzida pelo equilíbrio competitivo é eficiente, no sentido de Pareto.

Entretanto essa é uma visão idealizada do sistema de mercado. Na realidade, existem seis circunstâncias conhecidas como “falhas de mercado”, que impossibilitam a situação de “ótimo de Pareto”, e, com isso inviabilizam a Teoria do Bem-Estar Social. São elas: a

existência de bens públicos, monopólios naturais, as externalidades, os mercados incompletos, as falhas de informação, e a ocorrência de desemprego e inflação (GIAMBIAGI, ALÉM, 2008).

A indivisibilidade e a não-rivalidade de seu consumo/uso caracterizam um bem público. Em outras palavras, o seu consumo por parte de um indivíduo ou de um grupo social não prejudica o uso do mesmo bem pelos demais integrantes da sociedade. Ou seja, todos se beneficiam desses bens públicos, mesmo que, eventualmente, uns mais que os outros, pois o custo do bem ou serviço não pode ser atribuído apenas ao seu beneficiário direto. Além de não ser possível mensurar unitariamente o seu consumo, esse tipo de bem não exclui nenhum membro da sociedade do seu uso, ou seja, a partir do momento em que A utilize o bem, B não é automaticamente excluído de seu uso e vice-versa. É justamente esse princípio da “não exclusão” no consumo de bens públicos que torna a solução de mercado, em geral, ineficiente para garantir a produção da quantidade adequada de bens públicos requerida pela sociedade.

As exigências de manutenção da ordem interna e externa e de defesa nacional constituem uma necessidade coletiva da comunidade. Todavia, à medida que é impossível avaliar a quantidade desses serviços que é consumida pelos diferentes indivíduos, a determinação de um preço através do mercado pelo mecanismo clássico de oferta e demanda torna-se impossível, e na ausência de um preço de mercado a alocação de recursos para a produção desses bens por parte do setor privado afigura-se, também, impraticável. Por essa razão, a responsabilidade pela oferta de bens públicos recai sobre o governo, que financia a produção desses bens através da cobrança compulsória de impostos.

Existem setores cujo processo produtivo caracteriza-se pelos retornos crescentes de escala, ou seja, os custos de produção unitários declinam conforme aumenta a quantidade produzida. Sendo assim, dependendo do tamanho do mercado consumidor dos bens desses setores, pode ser mais vantajoso haver apenas uma empresa produtora do bem em questão, o que caracterizaria um monopólio natural. Nesse mercado imperfeito, a firma atua num nível de produção em que o preço é superior ao custo médio, já que é ela que detém o controle sobre o mesmo. Assim, a alocação eficiente por parte da firma é diferente da alocação ótima da sociedade. Nesse caso, a intervenção do governo pode ser feita de duas formas. A primeira, através da regulação dos monopólios naturais, a fim de impedir que o forte poder de mercado destas reflita-se na cobrança de preços abusivos junto aos consumidores, o que impactaria numa perda de bem-estar para a sociedade como um todo. A outra forma seria o governo responsabilizar-se diretamente pela produção desse bem ou serviço.

São comuns os casos em que a ação de um indivíduo ou de uma empresa afetam direta ou indiretamente outros agentes do sistema econômico. As situações em que essas decisões individuais implicam em benefícios aos componentes da sociedade denominam-se externalidades positivas. A intervenção estatal nesses casos pode se dar através da produção direta ou da concessão de subsídios. Já se essa ação incorre em prejuízos aos outros agentes da economia, são chamadas de externalidades negativas. O governo pode atuar nesse campo desestimulando a produção/uso do bem ou serviço através de multas, impostos ou regulamentação do mercado.

Diz-se que um mercado é incompleto quando um bem ou serviço não é ofertado, ainda que o seu custo de produção esteja abaixo do preço que os potenciais consumidores estariam dispostos a pagar. Esta falha pode acontecer porque mesmo que se tratem de atividades típicas de mercado, nem sempre o setor privado está disposto a assumir os riscos e as incertezas; exemplificados como a falta de conhecimento perfeito do mercado, a incerteza quanto à maximização dos lucros e a escassez de recursos produtivos. Riscos e incertezas violam os pressupostos da concorrência perfeita, justificando assim a participação do governo na alocação de recursos na economia ou na sociedade. Nesse caso, o governo pode atuar na produção desses recursos, não necessariamente de forma direta, mas através de outros mecanismos, como incentivos e subsídios ao setor privado.

Nos casos de falha de informação, a intervenção do Estado justifica-se em razão do mercado por si só não fornecer dados suficientes para que os consumidores tomem suas decisões racionalmente. A forma de ação do Estado pode ser mediante a introdução de uma legislação que induza a uma maior transparência do mercado. Tendo em vista que a informação pode ser considerada um bem público, o grande objetivo do Estado deve ser o de contribuir para que o fluxo de informações seja o mais eficiente possível.

Por fim, o livre funcionamento do sistema de mercado não soluciona problemas como a existência de altos níveis de desemprego e inflação. Neste caso, há espaço para a ação do Estado no sentido de implementar políticas que tenham como finalidade a manutenção do funcionamento do sistema econômico para o mais próximo possível do pleno emprego e da estabilidade de preços.

Cabe ressaltar que em muitas situações há uma superposição entre alguns dos aspectos mencionados. Por exemplo,

um programa antipoluição que vise à melhoria do ar atmosférico, por um lado, acaba criando uma *externalidade positiva* porque traz benefícios para a sociedade como

um todo. Por outro, todos os indivíduos da sociedade têm acesso de forma homogênea a um ar mais limpo, ou seja, não há rivalidade no consumo, nem se pode aplicar o princípio da exclusão, tendo em vista que é impossível impedir que qualquer indivíduo usufrua dos benefícios gerados pelo programa antipoluição. Sendo assim, o ar mais limpo também constitui um *bem público* (GIAMBIAGI; ALÉM, 2008, p. 8)

Perante essas falhas de mercado, “a existência do governo é necessária para guiar, corrigir e complementar o sistema de mercado que, sozinho, não é capaz de desempenhar todas as funções econômicas”. (GIAMBIAGI; ALÉM, 2008, p. 9)

Em um contexto mais amplo, Giambiagi e Além (2008) destacam três fatores importantes para que o Estado exista. Em primeiro lugar, a operação do sistema de mercado necessita de uma série de contratos que dependem da proteção e da estrutura legal, que só pode ser implementada pelo governo. Em segundo lugar, os mercados não funcionam sob concorrência perfeita, e mesmo que isso ocorresse, as características de produção ou de consumo de alguns bens são tais que não poderiam ser fornecidos pelo mercado. A existência de bens públicos e externalidades, por exemplo, dá origem à falhas no sistema de mercado, que levam à necessidade de soluções através do setor público. E por último, se o mercado funcionasse livremente, não haveria a garantia, necessariamente, do elevado nível de emprego, da estabilidade dos preços e da taxa de crescimento do PIB desejada pela sociedade. Dessa forma, a existência do governo torna-se essencial para garantir o alcance desses objetivos.

Além desses três fatores e mesmo que o sistema de mercado funcione segundo o ótimo de Pareto, ele pode estar promovendo uma distribuição de renda e/ou riqueza indesejada do ponto de vista social, o que abre um importante espaço para a ação do setor público em favor da distribuição da renda.

De forma semelhante, Kon (1999), defende que a intervenção governamental na economia, via políticas públicas, é necessária pois o livre funcionamento do mercado resulta em desequilíbrios, seja nos níveis de renda, emprego, concentração do poder econômico (monopólios e oligopólios), preços ou transações externas, que precisam ser reparados; e ainda, na correção de externalidades negativas, como a degradação ambiental, uso inadequado de reservas naturais, etc. Além disso, o Estado também deve ser responsável pela suplementação da iniciativa privada, com relação à realização de investimentos de interesse social, de implantação de infraestrutura ou ainda na produção direta de bens e serviços. Por fim, a autora coloca que os governantes são fundamentais para a concretização dos objetivos

estabelecidos, atuando como coordenadores das políticas seja no âmbito social, legal, econômico, sanitário, etc.

2.1.2 As Funções do Setor Público na economia

Dadas as situações em que é necessária a interferência do Setor Público na economia, faz-se necessário explicar quais as funções a serem desempenhadas e de que maneira ele pode atuar afim de corrigir essas falhas de mercado. Esse é o objetivo dessa seção.

As funções do governo na economia expandiram-se consideravelmente no século passado. Esse fato deve-se não apenas à evolução dos próprios princípios teóricos, que determinam a necessidade de intervenção governamental no sistema econômico, como também de modificações substanciais nas preferências da coletividade, quanto à necessidade de uma maior intervenção do governo em atividades relacionadas com a distribuição da renda nacional. (SILVA,1981)

De acordo com a classificação tradicional, as funções do governo enquadram-se em três categorias: alocativa, distributiva e estabilizadora (GIAMBIAGI; ALÉM, 2008; SILVA, 1981).

A função alocativa diz respeito ao fornecimento dos bens públicos. Como já visto, eles podem não ser disponibilizados de forma compatível com as necessidades da sociedade através do sistema de mercado. O fato dos benefícios gerados pelos bens públicos estarem disponíveis para todos os consumidores faz com que não haja pagamentos voluntários aos fornecedores desses bens. Sendo assim, perde-se o vínculo entre produtores e consumidores, o que leva à necessidade de intervenção do governo para garantir o fornecimento dos bens públicos. O financiamento dos mesmos depende então do recolhimento compulsório de recursos, através da cobrança de impostos. Isto posto, é dever do governo determinar o tipo e a quantidade de bens públicos a serem ofertados e calcular o nível de contribuição que cada consumidor deve pagar.

A função distributiva, por sua vez, está associada a ajustes na distribuição de renda de uma forma que seja considerada justa pela sociedade. Em determinado momento, a distribuição de renda, resultante da dotação dos fatores de produção – capital, trabalho e terra – e da venda dos serviços desses fatores no mercado, pode não ser a desejada pela sociedade.

O governo então utiliza-se de alguns instrumentos como as transferências, os impostos e os subsídios afim de promover ajustes distributivos de renda.

Um dos processos mais usados, via intervenção governamental, com vistas para a correção desse tipo de desigualdade, consiste em utilizar o sistema tributário e a política de gastos governamentais. De um lado, introduzindo maior progressividade nos tributos de forma a impor um ônus relativamente maior sobre indivíduos de nível de renda mais elevada, e de outro ampliando despesas de transferência que beneficiam direta ou indiretamente as classes de renda mais baixa (SILVA, 1981). O sistema de seguridade social é um exemplo disso:

Os recursos captados pelo sistema e aplicados em hospitais públicos, por exemplo, promovem uma redistribuição de renda da parcela da população de renda mais alta para a de renda mais baixa, tendo em vista que este segmento da população utiliza em maior medida os serviços do sistema público de saúde. Os benefícios assistenciais concedidos a pessoas de baixa renda sem que tenham contribuído para a previdência social é um outro exemplo importante. (GIAMBIAGI; ALÉM, 2008, p. 14)

Por último, a função estabilizadora tem como objetivo o uso da política econômica para obter um alto nível de emprego, estabilidade dos preços e uma taxa apropriada de crescimento econômico. A intervenção do governo, nesse caso, é importante no sentido de proteger a economia de flutuações bruscas, caracterizadas por alto nível de desemprego e/ou alto nível de inflação. Para isso, os principais instrumentos utilizados são as políticas fiscal e monetária.

Inferindo nas atividades econômica, política e social, por meio de diferentes políticas, o Estado nacional, em que pesem suas limitações, especialmente as impostas pelo fenômeno da globalização, ainda se apresenta como um agente indispensável para atender aos anseios e aspirações da sociedade. Isso se realiza por sua função como ente regulador; na promoção do desenvolvimento, redistribuição da renda; na estabilização da economia; e, ainda, nas atividades típicas do Estado, por meio da produção e fornecimento de bens e serviços públicos (PEREIRA, 1999, p.20).

De acordo com Silva (1981), existem algumas funções que são “típicas de governo”, as quais, se ele não assumir, ninguém irá fazê-lo – ou irá cumprir de modo parcial ou

insatisfatório -, por se tratar de oferta de bens públicos. Entre os mais importantes, destacam-se a saúde, educação, regulação e justiça.

2.1.3 O sistema tributário e as receitas do Setor Público

Para poder arcar com as funções acima descritas, o Estado precisa de recursos. Essa seção visa identificar as opções de financiamento que o Setor Público possui, enfocando na principal delas, o sistema tributário.

É por intermédio de sua atividade financeira, de natureza patrimonial, mas com elementos econômicos, políticos e jurídicos envolvidos, que o governo então promove a busca de meios materiais para que possa prestar os serviços de interesse geral que lhe são atribuídos (PEREIRA, 1999).

Dentro do conjunto de possibilidades, o governo pode utilizar-se de quatro fontes básicas para o financiamento de suas ações: emissão de moeda, lançamento de títulos públicos, empréstimos bancários (interno e externo) e a tributação. A mais comum e eficiente das fontes de financiamento é, entretanto, a arrecadação tributária (RIANI, 1997).

Giambiagi e Além (2008) afirmam que a principal fonte de receita do setor público é a arrecadação tributária. Além de ser uma fonte crucial de obtenção de recursos para o desempenho das atividades públicas, o tributo é também o mecanismo utilizado para ajustamentos na distribuição da renda. Os autores expõem também que um sistema tributário “ideal” é aquele que leva em consideração conceitos como: equidade, progressividade, neutralidade e simplicidade.

O primeiro conceito, o da equidade, refere-se à ideia de que a distribuição do ônus tributário deve ser equitativa entre os diversos indivíduos de uma sociedade, ou seja, cada contribuinte deve pagar uma parcela “justa” para cobrir os custos do governo. Nesse sentido, existem duas abordagens principais na teoria do setor público: a do princípio do benefício e a da capacidade de pagamento.

Segundo o princípio do benefício, cada indivíduo deveria contribuir com uma quantidade proporcional aos benefícios gerados pelo consumo do bem público. Quanto maior o benefício, maior será a contribuição e vice-versa. Sua utilização é particularmente viável e desejável para viabilizar o financiamento de bens/serviços fornecidos pelo governo por meio do setor privado. Isso porque, nestes casos, os benefícios podem ser associados a um

indivíduo em particular, pois o indivíduo pagou pelo benefício. Ou seja, quando os benefícios são internalizados, o governo pode atuar similarmente ao setor privado, utilizando os mesmos princípios de determinação de preços. Contudo, ainda que esse princípio possa ser utilizado diretamente para o financiamento de alguns bens providos pelo setor públicos, ele não é suficiente para a formulação de uma regra geral para a estrutura tributária. O total de gastos que podem ser financiados a partir de impostos específicos é limitado e grande parte da arrecadação tributária não é gerada a partir desse tipo de tributo. Ademais, esse princípio, ainda que em condições ideais, só pode ser associado com o financiamento dos serviços públicos, ou seja, com a função alocativa e nunca com a função distributiva do processo de impostos e transferências. Sendo assim, há a necessidade de uma forma alternativa de cálculo dos impostos que leve em consideração a questão da equidade na tributação.

Tal forma segue o princípio da capacidade de pagamento, que permite a formulação de uma regra geral de tributação para a sociedade como um todo. Segundo este princípio, o ônus tributário deve ser tal que garanta as equidades horizontal e vertical. Conforme a primeira, os contribuintes com a mesma capacidade de pagamento devem pagar o mesmo nível de impostos. Já de acordo com o segundo conceito, as contribuições dos indivíduos devem diferenciar-se conforme suas diversas capacidades de pagamento.

Já o conceito da progressividade considera que deve-se tributar mais quem tem uma renda maior. Um imposto é progressivo quando a alíquota de tributação acompanha o aumento do nível de renda, o que torna a distribuição de renda menos desigual, após sua aplicação. Em contrapartida, um imposto é regressivo quando implica em uma contribuição maior da parcela da população de baixa renda se comparada a de renda mais alta, aumentando assim, ainda mais, a disparidade na distribuição da renda. Um imposto pode ser ainda proporcional, quando o valor a ser pago permanece inalterado independentemente do nível de renda, o que não causa nenhum efeito em termos de distribuição de renda.

O conceito da neutralidade, por sua vez, revela que os impostos devem ser tais que minimizem os possíveis impactos negativos da tributação sobre a eficiência econômica do sistema, ou seja, que o tributo seja neutro de tal forma que não provoque distorções na alocação dos recursos. Vale ressaltar que a imposição de um imposto seletivo sobre o consumo pode, de fato, cumprir um papel positivo no sentido de corrigir uma falha de mercado. Por exemplo, a cobrança de impostos sobre o consumo de bebidas alcoólicas pode contribuir para o combate às externalidades negativas geradas por motoristas que dirijam embriagados, colaborando, assim, para a redução da probabilidade de acidentes de trânsito.

Por fim, há o princípio da simplicidade, segundo o qual o sistema tributário deve ser de fácil compreensão para o contribuinte e de fácil arrecadação para o governo.

Os tributos, por sua vez, podem ter três finalidades distintas: fiscal, extrafiscal e para-fiscal. Quando o tributo tem por objetivo prover o Estado dos meios necessários para o desempenho de suas atividades de atender às necessidades coletivas, denomina-se função fiscal. Quando ele visa interferir na economia privada, incentivando atividades, setores econômicos e regiões, ou ainda desestimulando o consumo de certos bens, caracteriza-se função extrafiscal. E quando tem por finalidade custear atividades que originalmente não são próprias do Estado, mas que ele desenvolve a partir de suas autarquias, classifica-se como função para-fiscal.

A função fiscal é geralmente a mais conhecida e utilizada, contudo, ultimamente observa-se uma crescente utilização de tributos com natureza eminentemente extrafiscal. Eles possuem diversas finalidades de interesse para a sociedade, como o desenvolvimento econômico, a preservação do meio ambiente, o fomento às manifestações culturais, a melhora da saúde pública. O objetivo primordial dessa função não é auferir receita para os cofres públicos, mas disciplinar determinadas condutas, tendo em vista alcançar fins econômicos ou sociais, ainda que em segundo plano se promova alguma arrecadação financeira. Vale ressaltar que os tributos surgiram com a necessidade de financiamento das atividades estatais que visam o bem comum da sociedade como um todo e não apenas a própria subsistência do Estado em si. A extrafiscalidade pode então ser entendida como a intenção estatal de interferir no domínio econômico, alterando alíquotas, a depender das diretrizes instituídas pelas políticas econômica e fiscal. Já a função para-fiscal é a de custear atividades que, em tese, não são próprias do Estado, como a previdência social, a organização sindical, o interesse de categorias profissionais, etc, mas que são de fundamental importância para a manutenção do bem-estar da população.

2.1.4 Os Impostos Diretos e Indiretos

Colocadas as funções, os impostos podem ter diferentes tipos. De acordo com Giambiagi e Além (2008) podem ser classificados em diretos e indiretos. Os impostos diretos incidem sobre o indivíduo, e, por isso, estão associados à capacidade de pagamento de cada contribuinte. Os impostos indiretos, por sua vez, incidem sobre o consumo, vendas ou posse

de propriedades, é independente das características do indivíduo que executa a transação ou é o proprietário.

A diferença básica entre esses dois tipos de tributos está na maneira pela qual eles afetam os indivíduos da sociedade. Enquanto o tributo direto incide sobre os rendimentos dos indivíduos, o indireto é cobrado normalmente com base nos bens e serviços que satisfazem parte das suas necessidades. Quanto maior a participação relativa dos impostos indiretos, maior será a abrangência, à medida que esses tributos recaem, sobretudo, no consumo de bens e serviços, atingindo indiscriminadamente todos na sociedade e onerando, proporcionalmente mais, as pessoas de menor renda. Já quando os impostos diretos são mais representativos no volume total dos impostos, significa que o sistema de tributação está retirando maiores recursos das fontes de rendas provenientes dos lucros, salários, honorários, etc; o que onera em maior grau as camadas mais ricas da população (RIANI, 1997, p. 110-112). O imposto sobre a renda coloca-se como o melhor exemplo dos tributos diretos, enquanto o imposto sobre o consumo caracteriza mais adequadamente os tributos indiretos.

O imposto de renda incide sobre todas as remunerações geradas no sistema econômico, ou seja, salários, lucros, juros, dividendos e aluguéis. De acordo com Giambiagi e Além (2008) este pode ser classificado em imposto de renda da pessoa física (IRPF) e imposto de renda da pessoa jurídica (IRPJ).

O IRPF é cobrado em base pessoal, com isenções e alíquotas progressivas, determinadas pelas características individuais do contribuinte. As alíquotas do imposto são determinadas segundo as diferentes classes de renda, estabelecidas pela legislação tributária. Esse imposto apresenta a vantagem de se basear em uma medida abrangente da capacidade de pagamento e de permitir uma adaptação às características pessoais do contribuinte. Sendo assim, ele é o imposto que mais se adapta aos princípios da equidade e progressividade, à medida que permite, de fato, uma discriminação entre os contribuintes no que diz respeito à sua capacidade de pagamento.

O IRPJ incide sobre o lucro das empresas. O principal problema inerente à cobrança do IRPJ é que ele pode contrariar os princípios de equidade e progressividade, tendo em vista que não se pode ter certeza que o ônus do imposto sobre o lucro recaia integralmente sobre o produtor. Ou seja, a longo prazo, a empresa pode reagir à cobrança do imposto sobre os lucros repassando-o, pelo menos em parte, para os preços finais de seus produtos, onerando, assim, os consumidores. O grau de repasse depende das condições de concorrência do mercado da firma, bem como da existência de bens substitutos ao bem produzido pela empresa.

Já os impostos sobre as vendas de mercadorias e serviços são tributos indiretos, também conhecidos como impostos sobre o consumo. Em termos de equidade e progressividade, o imposto sobre o consumo não é o mais indicado, tendo em vista que, sendo uma forma de tributação indireta, não discrimina as contribuições de acordo com a capacidade de pagamento de cada indivíduo. Este tipo de imposto pode ser classificado pela amplitude de sua base de incidência, pelo estágio do processo de produção e comercialização sobre o qual incide ou ainda pela forma de apuração da base para o cálculo do imposto.

Quanto ao primeiro ponto, a amplitude de sua base de incidência, os tributos sobre as vendas podem ser gerais ou especiais. Os tributos gerais são aqueles que incidem rotineiramente sobre uma série de transações, como a compra de produtos industriais ou de bens de consumo. Tendo em vista a estrutura de alíquotas, os impostos gerais podem ser uniformes – aqueles que apresentam uma alíquota única – ou seletivos – aqueles com alíquotas diferenciadas segundo a natureza do produto. Os tributos especiais, por sua vez, são cobrados sobre as transações de compra e venda de determinadas mercadorias e serviços. Os impostos sobre o consumo de combustíveis e de bebidas alcoólicas são exemplos desse tipo de imposto. Os impostos especiais do ponto de vista das alíquotas são sempre seletivos.

Em relação ao segundo ponto, o estágio do processo de produção e comercialização, os impostos sobre as vendas podem ser cobrados ao nível do produtor, do comércio atacadista, do comércio varejista; ou em todas as etapas do ciclo.

Finalmente, em relação à forma de apuração, o imposto sobre as vendas pode ser calculado sobre o valor total da transação ou apenas sobre o valor adicionado pelo contribuinte, em cada estágio da produção e da distribuição. Em termos teóricos, a incidência de um imposto geral e uniforme sobre o valor adicionado na venda de bens de consumo corresponde à cobrança de um imposto geral e uniforme sobre as vendas ao consumidor final, levando em consideração a igualdade contábil entre os fluxos de valor adicionado e de venda de produtos finais em uma economia. Neste caso, o imposto é neutro em termos de eficiência econômica, não provocando distorções na alocação dos recursos na economia. No caso do imposto geral sobre transações – que se constitui em um imposto em cascata ou cumulativo, no sentido de que incide sobre o valor total da transação em cada estágio da produção e da distribuição – tem implicações importantes em relação à alocação dos recursos, tendo em vista que introduz um viés contra produtos que apresentem um número maior de etapas de produção e comercialização. Os impostos denominados em cascata ou cumulativos são prejudiciais à eficiência econômica já que distorcem os preços relativos e estimulam, às vezes desnecessariamente, a integração vertical da produção, aumentando os custos.

Para os impostos sobre o consumo ou sobre as vendas, Riani (1997) ainda os classifica subdividindo os tributos em duas formas distintas: *ad valorem* e *ad rem*. A primeira, e mais utilizada no país, consiste em calcular o imposto sobre o valor da transação, ou seja, é definido um percentual a ser aplicado sobre a base de cálculo, o qual determinará o valor a ser pago. A outra, que era impossível de ser utilizada no Brasil durante a hiperinflação, é cobrar um montante fixo por unidade do produto. Este tipo de imposto também é conhecido como específico ou seletivo.

Perante isso, é importante ressaltar a diferença entre ambos. Quando a variação dos preços é constante, o sistema *ad valorem* é superior no quesito de flexibilidade, pois o imposto ajusta automaticamente ao novo preço. Além disso, dentro de uma mesma categoria de bem, os preços podem, por variadas razões - especialmente qualidade ou sofisticação - ser diferentes. Nesses casos, o imposto *ad valorem* seria o mais justo, pois são os mais abonados que compram os bens mais caros e, portanto, deveriam pagar mais impostos. Esta é uma característica muito importante no caso de impostos onde se deseja fortes efeitos distributivos. Não é este, em geral, o objetivo dos impostos sobre as vendas e sobre o consumo de bens não essenciais ou de bens que não sejam de primeira necessidade, como no caso de cervejas, cigarros, refrigerantes e combustíveis para transporte individual. Nestes casos, outras características ou objetivos se tornam mais importantes. Entre estes, a simplicidade administrativa ocupa um lugar de grande destaque. Neste aspecto, os impostos específicos ou *ad rem* apresentam grande superioridade em relação aos impostos *ad valorem*. A facilidade de cobrança e de fiscalização de impostos específicos é uma poderosa arma de combate à sonegação e de prevenção a desequilíbrios de concorrência. (MONTORO FILHO, 2007)

Por fim, é relevante dizer que há diferença entre imposto e contribuição. Um imposto é um tributo cobrado pelo governo sem um fim específico definido, o dinheiro arrecadado com ele vai para uma “grande conta” que financia as mais diversas formas de gasto público. Já as contribuições são criadas para alguns fins específicos e concedem às partes tributadas o direito a alguma contrapartida, como é o caso da contribuição previdenciária, a qual tem o objetivo exclusivo de financiar os gastos com seguridade social

Objetivando montar um sistema tributário o mais próximo possível do “ideal”, o governo deve escolher impostos que respeitem ao máximo os conceitos de equidade, progressividade, neutralidade e simplicidade. O problema é que, em grande parte das vezes, a procura de um desses objetivos acaba sacrificando os outros. Por exemplo, procurar dar uma maior progressividade ao imposto pode prejudicar o objetivo de uma maior neutralidade, ou pode haver uma contradição entre os objetivos de equidade e simplicidade tributária. Logo, o

governo enfrenta alguns dilemas (*trades-off*) na escolha dos instrumentos de política fiscal. Portanto, ele deve fazer escolhas e definir prioridades, que por sua vez, dependem da ideologia e/ou da base política do governo.

Sendo assim, à medida que o Estado se tornou um agente econômico preponderante no atendimento das necessidades coletivas, as finanças públicas converteram-se na economia política da atualidade, considerando que a maior parcela das decisões econômicas é concebida no âmbito da política, enquanto seus efeitos ocorrem no âmbito econômico (PEREIRA, 1999, p. 29).

2.1.5 Os gastos do Setor Público

É através dos gastos públicos que o governo estabelece as prioridades na prestação de serviços públicos básicos e aos investimentos a serem realizados. Eles “constituem-se na principal peça de atuação do governo” (RIANI, 1997, p. 69). Podem ser entendidos como o “conjunto de dispêndios do Estado ou de outra pessoa de direito público, para o funcionamento dos serviços públicos. A despesa, como parte do orçamento, compreende as autorizações para gastos com as várias atribuições e funções governamentais”. (BALEEIRO, 1996, p. 69)

No caso específico dos gastos públicos com saúde, como será visto posteriormente, desde o início, grande parte deles, são providos pelo setor privado, por meio dos médicos e hospitais particulares e pagos pelo setor público. Isso ocorre porque,

além de uma parcela significativa da população não ter condições necessárias para poder pagar esses serviços em forma privada, o fato é que é plausível considerar que o Estado tem a obrigação de colocar à disposição da população esse tipo de serviço, mesmo que em alguns casos as pessoas com mais recursos escolham utilizar-se dos serviços particulares (GIAMBIAGI; ALÉM, 2008, p. 34).

Há portanto, determinados tipos de bens que não podem ser limitados no seu consumo ou que a sua oferta não se vincula à demanda efetiva. Ambos esses problemas caracterizam o mercado de saúde.

2.2 A SAÚDE: UM BEM MERITÓRIO E SUAS EXTERNALIDADES

Há um caso intermediário, ainda não citado, entre os bens públicos acima definidos e os de mercado. Este seria constituído por bens que, embora passíveis de exploração pelo setor privado, poderiam ser totalmente ou em parte produzidos pelo setor público, tendo em vista os benefícios sociais a eles associados. Tal é o caso dos serviços de educação e saúde. Embora passíveis de serem produzidos pelo setor privado, um elevado nível de preços pode impedir, especialmente em países de baixa renda, o acesso de parcela substancial dos habitantes aos benefícios resultantes da oferta dos serviços mencionados. (SILVA, 1981)

Riani ratifica essa questão falando que a alocação de recursos nas áreas da saúde e educação por parte do governo é socialmente desejável:

A saúde e a educação são considerados bens sociais. São providos pelo governo, através do sistema de mercado, geralmente, com o complemento da oferta feita pelo setor privado. Acontece, porém, que muitos indivíduos não dispõem de recursos financeiros suficientes para adquiri-los no mercado. Assim, dado o caráter social desses bens, a alocação de recursos nessas atividades por parte do governo torna-se socialmente desejável (1997, p. 37).

A saúde e educação também são exemplos de externalidades positivas, ou seja, o incentivo a esses mercados geram efeitos positivos à sociedade, no sentido em que uma população com melhores condições de saúde e com maiores níveis de instrução pode contribuir de uma melhor forma para o desenvolvimento sócio-econômico do país.

Os serviços de saúde são submetidos ao princípio da divisibilidade em seu consumo, pois é possível quantificar seu uso por uma pessoa, contudo, eles também são caracterizados pela não-rivalidade em seu consumo, o que significa dizer, que não se pode excluir nenhum indivíduo de seu uso, pois todos os cidadãos tem esse direito. Ou seja, se por um lado, a individualização de seu consumo, esse tipo de serviço se enquadra na forma privada, por outro lado, a não-rivalidade de seus benefícios, classifica-o dentro do setor público. Tem-se, portanto, um caso intermediário entre esses tipos de serviços.

Apesar de serem explorados pelo setor privado, o fato de gerarem altos benefícios sociais e externalidades positivas justifica a produção total ou parcial pelo setor público dos bens denominados “semipúblicos”. Nesse caso, a exemplo dos bens públicos, os recursos necessários à sua produção teriam que ser obtidos através da tributação compulsória. Musgrave (1980 apud SILVA, 1981), também denominou esses bens de “bens meritórios”,

tendo em vista que seria exatamente o caráter de mérito associado à sua produção que justificaria a intervenção do governo com o objetivo de produzir em quantidades superiores às aquelas que seriam normalmente produzidas pelo setor privado (GIAMBIAGI; ALÉM, 2008).

2.3 O PAPEL HISTÓRICO DO ESTADO NA SAÚDE

Caracterizada a necessidade da intervenção do setor público na saúde, para uma eficiente alocação dos recursos, esta seção tem o objetivo de entender como o Estado vem atuando historicamente nessa área, bem como qual é a situação atual.

Essa questão surge, historicamente, em sua época colonial, quando o Brasil encontrava-se à margem do capitalismo mundial e submetia-se econômica e politicamente à metrópole Portugal. Nesse período, inexistia um sistema de saúde formalmente estruturado, e suas ações eram realizadas através de campanhas pontuais e de caráter focal, as quais eram abandonadas assim que se conseguiam controlar os surtos presentes na época. (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Com a vinda de um incontável número de pessoas, as condições sanitárias para sua recepção e permanência no Brasil tornaram-se cada vez mais difíceis. Esse fato, aliado à falta de políticas sociais e de saúde pertinentes, acabou por resultar na eclosão de epidemias. Com a Proclamação da República veio a Constituição, a qual afirmava a preponderância dos grandes Estados nas decisões nacionais, e, no tocante à saúde, ainda incorporava-a como uma área de responsabilidade estatal estabelecendo sua estrutura e locais de atuação (IYDA, 1994 apud BERTOLOZZI; GRECO, 1996). Logo após, através da figura de Osvaldo Cruz, a questão sanitária passou a ser tomada como uma questão política, e, posteriormente, como questão social, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, o qual objetivava a extensão dos serviços de saneamento urbano e rural, além da higiene industrial e materno-infantil.

Mas é somente a partir da instituição do seguro social, na década de 20, que se inclui realmente o direito à assistência médica. Entretanto, esta é financiada e limitada, compulsoriamente, às classes assalariadas (urbanas). Já na década seguinte, esse limite de gasto encontra, na compra de serviços privados de saúde, a possibilidade de maior acesso dos seus segurados àquela prestação.

Assim, não só a assistência médica para as classes urbanas, no Brasil, vincula-se desde o princípio ao seguro social, como data da década de 20 a lógica da privatização desses serviços pelo credenciamento de médicos, e posteriormente de hospitais e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. (COHN, 1995, p. 228)

Dentro desse contexto, a economia brasileira foi fortemente afetada pela crise mundial de 1929. Esse fato, aliado ao declínio do padrão agro-exportador, acirrou os confrontos entre republicanos e liberais, e assim, criou-se um cenário propício para a Revolução de 1930. A partir desse período histórico chamado Estado Novo, o Brasil iniciou seu processo de modernização por meio de políticas de industrialização induzidas pelo Estado, através da criação de estruturas como o Ministério da Educação e Saúde. Vale dizer que o caráter dessa política continuou sendo restrito, pois limitava-se apenas à cobertura de certos segmentos de trabalhadores.

Ainda que a saúde nunca tenha sido verdadeiramente uma opção prioritária de política de gastos do governo, durante o segundo governo de Getúlio Vargas, buscou-se a uniformização dos direitos e procedimentos, bem como foi criado um Ministério exclusivo para a Saúde. Posteriormente, sob comando o comando de Juscelino Kubitschek e sua coligação Nacional-Desenvolvimentista, foi instituído serviços médicos próprios das empresas. Encontrava-se aí uma nova configuração da prestação privada de serviços de saúde, através da emergência da medicina de grupo, que se constituiu em um dos lastros para a implementação das políticas neoliberais no âmbito do setor saúde na atualidade (BRAGA; PAULA, 1987 apud BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Portanto, de acordo com COHN (1995):

Assiste-se no país, no período de 1930 até meados de 1960, a associação entre um processo de desenvolvimento econômico e um conjunto de políticas sociais cujo eixo central reside na previdência social. [...] Dessa forma, o sistema de proteção social, de molde meritocrático, obedece a uma lógica eminentemente econômica, que se sobrepõe à sua dimensão de política social, seja como conquista dos trabalhadores a esses direitos sociais seja como política de compensatória das desigualdades sociais (p. 229–230).

O golpe de 64 instaurou o período militar no país. Contudo, as políticas de saúde continuam seguindo a tendência da época anterior. Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, centralizando e reforçando ainda mais a dominância do modelo clínico assistencial e curativista.

No ano seguinte, como resultado da V Conferência Nacional de Saúde, foi regulamentada a Lei 6.229, que criou o Sistema Nacional de Saúde, o qual legitimava e institucionalizava a pluralidade institucional no setor. Através dessa Lei ocorreu a cisão entre Saúde Pública e Assistência Médica Individual. A primeira, sob responsabilidade e financiamento do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, é encarregada pelas ações de caráter preventivo e coletivo. A segunda fica aos cuidados da Previdência Social, cobrindo especificamente a parcela da população que a ela tem acesso com assistência individual e curativa, sendo que os serviços ofertados são produzidos fundamentalmente pelo setor privado de saúde e comprados pelo Estado com recursos provenientes da previdência social. Cristaliza-se, dessa maneira, a constituição de um setor privado da saúde que passa a ter seu mercado garantido pelo Estado por meio da política de seguro social. (BERTOLOZZI; GRECO, 1996)

A partir de meados da década de 70 tem início no país o processo de transição democrática, com a mobilização da sociedade civil combatendo um Estado que a ameaça. É no bojo desse processo de luta pela democratização política no Brasil, que se organiza um movimento de mobilização pela conquista da saúde como um direito universal dos cidadãos e um dever do Estado (COHN, 1995, p. 232-233).

Em reação às políticas de saúde implantadas surge a proposta do movimento sanitário. Ele emerge como uma alternativa concreta para a reformulação do sistema.

Nesse período de "transição", que deu origem posteriormente a Nova República, desencadearam-se no setor saúde, diferentes medidas que tinham o objetivo de alterar as políticas que privilegiavam o setor privado em detrimento das ações do setor público. Os debates colocaram à tona as políticas de saúde como questões a serem discutidas pelo coletivo, marcando contundentemente a história da saúde no Brasil. (BERTOLOZZI; GRECO, 1996)

Cohn (1995) sintetiza bem esse período marcante na conquista de direitos dos brasileiros:

No período que vai de meados da década de 60 até 1988 ocorrem mudanças significativas no sistema de proteção social brasileiro, sem no entanto se romper com aquela lógica do período anterior. Esse movimento é paradoxal: acompanha o período do regime militar autoritário uma ampliação das políticas sociais por um processo acelerado de privatização nos setores de bens de consumo coletivo, como é o caso da saúde e educação. Ao mesmo tempo, a partir de meados da década de 70 o país assiste a um vigoroso movimento de setores da sociedade civil para

democratização da saúde, entendida como direito universal garantido pelo Estado e sob controle público (p. 230-231).

Portanto, a Reforma Sanitária representou um avanço técnico e um pacto político, ao propor a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua idealização consistia

na proposta de um sistema de saúde único, fundamentalmente estatal, sendo o setor privado complementar àquele, sob controle público, e descentralizado. Buscava-se assim, além da descentralização, a participação da sociedade na gestão da saúde - promovendo por essa via o controle público - e o fortalecimento e recuperação dos serviços públicos de saúde. O que estava em questão era a universalidade da atenção à saúde, superando-se a histórica dicotomia entre assistência médica individual e ações coletivas de saúde (COHN, 1995, p. 233).

Esse processo de mobilização da sociedade teve continuidade nos trabalhos de elaboração da nova constituição democrática, que culminou com aprovação de um capítulo inédito da Constituição, que versava sobre a saúde.

Paulus Júnior; Cordoni Júnior, 2006 afirmam que:

A Constituição Federal de 1988 deu nova forma à saúde no Brasil, estabelecendo-a como direito universal. A saúde passou a ser dever constitucional de todas as esferas de governo sendo que antes era apenas da União e relativo ao trabalhador segurado. O conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas. A assistência é concebida de forma integral (preventiva e curativa). Definiu-se a gestão participativa como importante inovação, assim como comando e fundos financeiros únicos para cada esfera de governo (p. 17).

Com a convocação das eleições em 1989, no contexto de uma crise econômica avassaladora, tomou posse Fernando Collor de Melo. Esse governo se restringiu, no campo da saúde, à adoção explícita da política neoliberal.

Em consequência, nesse período, as políticas de previdência social e de saúde acabam por se configurar como políticas fundamentalmente econômicas, mas com função de regulação social, sobretudo das classes assalariadas. A tradução disso acaba sendo um conjunto de políticas de baixa eficiência no que diz respeito a seus objetivos originais: o atendimento dos setores assalariados e daqueles de mais baixa renda (COHN, 1995).

Dentro desse quadro evidencia-se que, atualmente, o que se tem na área da saúde é a aplicação do princípio da universalização excludente. O setor privado abarca cerca

de 1/3 da população brasileira e, de fato, não há um sistema único, uma vez que coexiste o setor privado e o setor público, sendo que a qualidade da assistência difere segundo os distintos estratos sociais. O sucateamento do setor público é evidente, com uma desastrosa e acelerada desativação de leitos hospitalares expulsando a clientela deste setor para o privado (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 395).

2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Entendida as origens e os processos sociais que corporificam a história da saúde no Brasil, essa seção tem por finalidade analisar a forma como o governo atua. Compreender o ambiente político-institucional onde se realiza a gestão pública em saúde e como se estruturam as políticas nesse sentido é fundamental para a tomada correta das decisões governamentais.

As políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. São divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos. (LUCCHESI, 2004)

As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.

“Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica de um país” (LUCCHESI, 2004, p. 19). Portanto, a garantia desse direito exige do Estado a reformulação e execução de políticas econômicas e sociais voltadas à redução de riscos de doenças e de outros agravos.

Sendo assim, de acordo com Lucchese (2004), as políticas públicas de saúde

correspondem a todas as ações de governo que regulam e organizam as funções públicas do Estado para o ordenamento setorial. Referem-se tanto a atividades governamentais executadas diretamente pelo aparato estatal quanto àquelas

relacionadas à regulação de atividades realizadas por agentes econômicos. Configuram uma agenda bastante vasta de temas, que expressam não apenas o leque e a abrangência dos problemas que exigem solução política, mas principalmente os anseios da sociedade e o contexto e os resultados da disputa entre os diferentes atores sociais (p. 11).

Dessa forma, as políticas públicas se materializam através da ação concreta de sujeitos sociais e de atividades institucionais que as realizam em cada contexto e condicionam seus resultados. Por isso, o acompanhamento dos processos pelos quais elas são implementadas e a avaliação de seu impacto sobre a situação existente devem ser permanentes.

No Brasil, como já visto anteriormente, as políticas públicas de saúde orientam-se oficialmente desde 1988, conforme a Constituição promulgada neste ano, pelos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade, na organização de um sistema único de saúde no território nacional.

A criação do SUS tinha como objetivos:

identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde; formular a política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos de doenças e de outros agravos, bem como estabelecer condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação; e, assistir às pessoas por intermédio das ações assistenciais e das atividades preventivas (LUCESSE, 2004, p. 20).

O texto constitucional estabeleceu ainda que as ações e os serviços de saúde providos pelo sistema de saúde podem ser executados diretamente por instituições públicas ou, complementarmente, por instituições privadas através de pessoa física ou jurídica de direito privado, conveniadas ou contratadas mediante contrato de direito público, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle.

Até então, em síntese, a história da ação estatal na área da saúde desenvolveu-se a partir de duas trajetórias institucionais principais: a das ações e serviços de saúde pública coletiva, dirigida à população em geral, sob responsabilidade das esferas subnacionais de governo e do Ministério da Saúde; e as ações de assistência médica ambulatorial e hospitalar, realizadas pela Previdência Social, dirigidas, principalmente, aos trabalhadores empregados no mercado formal de trabalho urbano. Cada uma com financiamento, administração, lógica e cultura institucional própria. Esta trajetória resultou no desenvolvimento de um padrão de

intervenção estatal centralizado, fragmentado institucionalmente, e que, segmentando clientelas, produziu grandes disparidades no acesso da população brasileira a ações e serviços públicos de saúde.

Nesse período, não bastava ser brasileiro para gozar de direitos de cidadania social, era necessário “ter carteira assinada” e contribuir financeiramente para a Previdência Social, mediante uma modalidade de seguro social, isso significava que tinham direito aos benefícios e serviços somente aqueles que pagavam por eles. A partir da Constituição Federal, ao adotar o modelo de seguridade social como o padrão de proteção social a ser institucionalizado no país, e, neste âmbito garantir os direitos relativos à previdência, saúde e assistência social, determinou-se que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

Outra grande mudança que ocorreu no ambiente político-institucional da gestão da saúde pública foi que passou-se a enfatizar a saúde e não mais a doença. Deste ponto em diante, tornou-se responsabilidade do Estado a garantia de políticas econômicas e sociais orientadas à redução de riscos de doenças e outros agravos, não mais apenas ampliação do atendimento à saúde, como medida de política pública. Ou seja, o Estado incorporou à sua política medidas preventivas ao invés de apenas ações curativistas, reconfigurando assim as atividades governamentais relativas à saúde.

Algumas experiências orientadas pelo enfoque da promoção da saúde têm sido desenvolvidas no país e alcançado resultados importantes para o processo de consolidação da proposta de políticas públicas saudáveis. A exemplo, de políticas de saneamento, educação, combate ao alcoolismo e o uso de drogas entre os jovens.

Dessa forma, desde a Constituição de 1988,

as políticas de saúde no Brasil vêm sendo formuladas no contexto de uma reforma setorial abrangente, que opera mudanças institucionais de grande magnitude, ao tempo em que introduz novos espaços de interlocução permanente entre Estado e sociedade na gestão pública. Com as mudanças introduzidas a partir do texto constitucional e da Lei Orgânica da Saúde (Leis 8140 e 8142) em 1990, as decisões em matéria de saúde pública passaram a envolver novos e múltiplos atores, impondo modificações significativas no desenho e formulação das políticas de saúde, com importantes inovações institucionais em termos da estrutura e dinâmica do processo decisório (LUCCHESI, 2004, p. 5).

A partir de então criou-se uma nova concepção do sistema de saúde - descentralizado e administrado democraticamente com a participação da sociedade organizada – que impôs

aos gestores setoriais papel fundamental na concretização dos princípios e diretrizes da reforma sanitária brasileira. Dessa maneira, as políticas de saúde vêm sendo amplamente discutidas e definidas com vistas ao reordenamento setorial necessário para o cumprimento dos preceitos constitucionais. Esse é um debate de grande importância para a população de todo o país, pois sabe-se que sua implementação não foi aplicada de forma equitativa e satisfatória (LUCCHESI, 2004).

De acordo com Silva (2009),

consolida-se, no território brasileiro, atualmente, um sistema político e econômico centrado num mundo globalizado, onde a intervenção estatal torna-se limitada com diminuição de sua ação reguladora, começando a suceder-se à retirada paulatina das coberturas sociais públicas, decorrendo-se cortes e conseqüentemente reflexos no usufruto dos direitos sociais, o que tem implicado na desqualificação/minimização do Estado, refletindo-se na privatização de empresas estatais, fortalecendo a concretização e abrangência da ideologia neoliberal, predispondo à negação de direitos sociais e transferindo para a sociedade civil a responsabilidade que antes era do Estado.

Esse movimento pode ser observado pela acentuada privatização no setor de saúde, visualizadas em nossa realidade principalmente através do fortalecimento dos planos de saúde. Em resultado disso a população brasileira recebe uma prestação de serviços que não contempla a demanda efetiva da sociedade, mas a exigência de lucratividade do setor privado. “Tem-se, em conseqüência, um sistema privado prestador de serviços de saúde altamente complexo, com alta densidade tecnológica, e que progressivamente vai se transformando num setor de acumulação de capital.” (COHN, 1995, p. 232)

O Estado então acaba por se transformar no maior comprador dos serviços de saúde privados credenciados que são prestados às classes assalariadas, fundamentalmente urbanas, garantindo-lhes um mercado cativo que não exige dos produtores privados, serviços de assistência médica com obediência às regras de eficiência e competitividade clássicas do mercado. Além disso, o Estado regula a extensão desses direitos sociais sem praticamente onerar os recursos fiscais na medida em que a principal fonte de recursos para o seguro social provém de um percentual sobre a massa salarial, sendo que os empregadores repassam para o preço final dos produtos as despesas com os encargos sociais, enquanto o Estado se caracteriza por ser um contumaz devedor e os assalariados são descontados diretamente do seu salário (COHN, 1995, p. 230).

2.5 O CASO DO CIGARRO NA SAÚDE

Algumas atividades resultam em custo social, como, por exemplo, a poluição do ar por parte dos fumantes. Essa externalidade negativa não teria seus efeitos eliminados ou minimizados por intermédio do preço de mercado, mas somente através das intervenções do setor público. Essa seção visa analisar justamente a atuação do setor público nessa questão.

A ação econômica de produtores e consumidores promovem efeitos sobre outros produtores e consumidores que escapam ao mecanismo de preços, ainda que estes sejam determinados em regime de mercados perfeitamente competitivos. Esses efeitos não refletidos nos preços são chamados externalidades.

De forma geral,

As externalidades são efeitos positivos ou negativos - em termos de custos ou de benefícios - gerados pelas atividades de produção ou consumo exercidas por um agente econômico e que atingem os demais agentes, sem que estes tenham oportunidade de impedi-los ou a obrigação de pagá-los. Portanto, externalidades referem-se ao impacto de uma decisão sobre aqueles que não participaram dessa decisão (SOUSA, [s.d.]).

Como visto anteriormente, a externalidade pode ser positiva, quando os demais agentes, involuntariamente, se beneficiam, a exemplo dos investimentos governamentais em atividades relacionadas à expansão da infra-estrutura econômica. A construção de uma estrada, ao induzir a expansão da atividade econômica na região, pode promover um resultado sobre o nível de renda nacional muito superior ao resultado individual do empreendimento do ponto de vista do setor privado. Nesses casos, a rentabilidade do projeto, considerados os efeitos diretos e indiretos sobre a atividade econômica da região, é bastante superior à rentabilidade que resulta da apreciação isolada do empreendimento. A intervenção do governo visando orientar a aplicação de recursos nesse setor é, portanto, justificada. Pode ser negativa, quando gera custos para os demais agentes - a exemplo, de uma fábrica que polui o ar, afetando a comunidade próxima, ou ainda, se considerado o ambiente fechado, o dano causado pelos fumantes aos não-fumantes, uma vez que a fumaça dos cigarros tem que ser

fornecida na mesma quantidade para todos consumidores de ar. (VARIAN, 1994 apud SANTOS et. al)

Sendo assim, externalidades ocorrem quando o consumo e/ou a produção de um determinado bem afetam os consumidores e/ou produtores, em outros mercados, e esses impactos não são considerados no preço de mercado do bem em questão (SOUSA, [s.d]). No caso dos fumantes, temos a geração de externalidade de consumidores para consumidores, pois os fumantes contribuem para a disseminação de doenças entre os não fumantes, através do tabagismo passivo.

Isso demonstra que este componente externo faz parte do ato de consumir, pois um fumante transfere custos de sua decisão à sociedade, já que causa danos à qualidade do ar e à saúde pública e também porque ao descartar as pontas de cigarro obriga a coletividade ao esforço de sua coleta. Ao avaliar estes exemplos, observa-se que os benefícios e custos privados são diferentes dos benefícios e custos sociais. (SOUSA, [s.d.])

Considerando agora o impacto dessas externalidades sobre a alocação de recursos, temos que elas levam os agentes, não diretamente envolvidos na atividade geradora da externalidade, a usarem recursos para corrigir os efeitos dos custos externos, e isso provoca distorções na alocação de recursos. Assim, por exemplo, os custos de internações hospitalares, decorrentes de doenças relacionadas ao tabagismo passivo, embora representem, efetivamente, gastos para os doentes, não são contabilizados nos custos da empresa produtora do tabaco.

Nesses casos de externalidades negativas, haverá a tendência a uma produção maior do que aquela que seria socialmente desejável, pelo motivo que os custos de produção estarão sendo absorvidos por outros agentes que não o inicial. Contudo, um produto, como o cigarro, que esteja gerando dano à qualidade do ar pela emissão de substâncias tóxicas e cancerígenas através de sua utilização, pode ser obrigado, por atos regulatórios, a ser somente utilizado em ambientes privados ou em áreas abertas, de forma a evitar efeitos negativos (custos) para outras pessoas próximas, que não são obrigadas a respirar o mesmo ar que eles. No caso oposto, de externalidade positiva, a firma produtora irá produzir menos que o necessário, do ponto de vista da sociedade, porque os benefícios que concede à sociedade são maiores que aqueles a que fará jus via mecanismos de mercado (SOUSA, [s.d.]).

Nesse contexto, conclui-se que o mercado não é capaz de levar em conta todos os elementos, quando há falhas de mercado. O fato de os agentes econômicos ignorarem os custos (benefícios) externos, decorrentes de suas decisões de produção e/ou consumo e,

somente computarem os custos que eles desembolsam ou os benefícios que eles auferem, faz com que a alocação de recursos, produzida pelo equilíbrio de mercado seja ineficiente.

Como o sistema de mercados não tem como ajustar essas contribuições de pagamento porque as externalidades não são captadas nos sistemas de preços, o governo recebe a responsabilidade por praticar esses ajustes. A interferência alocativa dele nesse processo não é motivada pelas externalidades em si, mas pelo interesse público em sua correção (FILELLINE, 1994).

Sendo assim, cabe ao [Estado](#) criar ou estimular a instalação de atividades que constituam externalidades positivas, e impedir ou inibir a geração de externalidades negativas. No primeiro caso, a melhor medida alocativa é a imposição de um tributo, instrumentos tais como [taxação](#) e [sanções](#) legais sobre a produção, de modo que seja inibida. No segundo caso, inversamente, isso pode ser feito através de concessão de um subsídio à firma para incentivar maior produção e consumo inversamente.

Investimentos feitos, por exemplo, em programas antitabagistas podem trazer melhorias significativas à qualidade de vida da população, no sentido principal de evitar mortes precoces e diminuição das faltas no trabalho e conseqüente melhoria na concentração e produtividade. Estímulos à programas que visam a cessão do uso do fumo devem ser também incentivadas e/ou até mesmo desenvolvidas pelo setor público. Assim, a participação do governo nessa área se faz necessária para que possa haver um ente maior, com poder de atuação efetiva, que haja com firmeza no combate às externalidades negativas e incentive as atividades que geram benefícios diretos e indiretos à sociedade (RIANI, 1997).

3 A INDÚSTRIA DO TABACO

Este capítulo trata especificamente da indústria do tabaco, e começa a discorrendo sobre sua perspectiva histórica, explicando a trajetória desse mercado desde sua concepção até os problemas atuais. Após isso, tem como objetivo dimensionar economicamente o setor fumageiro brasileiro, apresentando os números e dados de sua expansão. Em seguida, descreve a cadeia produtiva do setor, bem como o seu sistema de tributação. Por fim, apresenta os valores referentes aos custos com as doenças tabaco-relacionadas, tanto sob a perspectiva hospitalar quanto do órgão financiador, o SUS.

3.1 PERSPECTIVA HISTÓRICA

Essa seção tem o objetivo de mostrar a história da indústria do fumo, além de apresentar Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, o primeiro tratado internacional de saúde.

A saúde pública mundial entrou, no ano de 2005, em um novo contexto histórico, devido ao primeiro tratado internacional que a Organização Mundial da Saúde (OMS) aprovou para organizar o combate a uma das indústrias mais lucrativas e poderosas do capitalismo contemporâneo. A Convenção-Quadro para Controle do Tabaco “representa uma mudança de paradigma para o desenvolvimento de uma estratégia regulatória para conduzir questões referentes às substâncias que causam dependência.” (IGLESIAS, 2007, p. 12)

O tabaco é uma planta cujo cultivo é tradicional, com cerca de oito mil anos. A partir do final do século XIX - com a invenção da máquina de confeccionar cigarros em 1881 -, a indústria de cigarros se afirma, sendo o setor dominado desde esse período pelas multinacionais estadunidenses e britânicas. Entre 1904 e 1947, as indústrias de tabaco dos EUA crescem tão ou mais rapidamente que as de carros, lançando marcas populares de cigarros. O consumo interno era tamanho que nenhuma firma se interessava em exportar.

No Brasil, enquanto a produção de fumo no século XIX se caracterizava pela desconcentração – ainda que com o predomínio da Bahia sobre as demais regiões –, no século XX a crescente concentração na região sul é a característica mais relevante. E é no centro do

Rio Grande do Sul, com a colonização alemã, que nasce o núcleo que viria a ser atualmente “a capital do fumo”: Santa Cruz do Sul e sua microrregião. Em 1918, é criado o chamado sistema integrado de produção de fumo pela British American Tobacco (BAT) – controladora acionária da Souza Cruz desde 1914. E logo ao final da 2ª Guerra Mundial, ela se torna a maior fabricante de cigarros do mundo, expandindo-se principalmente na China (BOEIRA; JOHNS, 2007).

O sucesso econômico e financeiro do sistema integrado foi resultado de uma bem articulada estratégia de *marketing*, baseada em conhecimentos tecnológicos e motivos culturais. Alguns deles são apontados por dirigentes da BAT, segundo Vogt (1997 apud BOEIRA; JOHNS, 2007): a) adequação das terras da região sul ao cultivo do fumo de estufa, com clima moderado e chuvas bem distribuídas durante as fases do ano; b) tradição de produção familiar em pequenas propriedades; c) perfil cultural dos colonos sulistas: dedicados, caprichosos; d) consolidação do cultivo e do comércio do produto na região; e) existência de estrada de ferro como meio de transporte.

A folha de tabaco proveniente do Brasil é conhecida internacionalmente como de boa qualidade e de baixo preço, devido aos baixos custos internos de sua produção. Contribui para este quadro a não mecanização da lavoura que, apesar de causar um baixo rendimento da cultura, fornece um produto de melhor qualidade, graças ao cuidado manual com que as folhas do fumo são tratadas. Além disso, o emprego de produtores e suas famílias na lavoura resulta em menores gastos com salários, barateando os custos de produção, mas gerando sérios danos à saúde e ao meio ambiente.

Ao longo da história da indústria de tabaco, os empresários tornaram-se mais articulados entre si, na defesa de todo o setor fumageiro, obtendo crescente apoio estratégico inclusive dos órgãos criados para defender os interesses dos plantadores de fumo. Para isso e para influenciar politicamente outros setores da sociedade - como a mídia, as associações comerciais e industriais e o governo - os empresários criaram suas próprias associações e sindicatos. No Brasil, exercem um papel estratégico, nesse sentido, a Associação Brasileira da Indústria do Fumo (ABIFUMO) e o Sindicato da Indústria do Fumo (SINDIFUMO/SINDITABACO).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), por sua vez, exerce, desde a década de 1970, um crescente papel político na difusão de informações e organização de atores sociais em favor da saúde pública e contrários ao tabagismo. A propagação da epidemia foi exacerbada por uma variedade de fatores complexos que causam impactos entre fronteiras, incluindo: a liberalização do comércio, o investimento estrangeiro direto, a comercialização

global, a propaganda, a promoção e o patrocínio transnacionais do tabaco, e o contrabando e a falsificação internacional de cigarros.

A luta em prol do antitabagismo tem tomado proporções políticas internacionais importantes. Preocupada com o impacto do tabagismo, a OMS definiu o problema como uma das prioridades no mundo. Para tentar diminuir o impacto negativo dessa epidemia a nível mundial, foi desenvolvida, entre 1999 e 2003, a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), que é o primeiro tratado de saúde pública, de ordem global, sob os auspícios da OMS, que tem por objetivo “proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco”. (ACTbr, 2010)

De acordo com a ACTbr (2010), os dispositivos centrais da CQCT são:

- Redução da demanda através de medidas:
 - Fiscais e relacionadas aos preços;
 - Não-relacionadas aos preços, que incluem:
 - Proteção contra a exposição à fumaça ambiental do tabaco;
 - Regulamentação do teor dos produtos derivados do tabaco;
 - Regulamentação das informações sobre os produtos do tabaco;
 - Embalagem e rotulação dos produtos do tabaco;
 - Educação, comunicação, treinamento e conscientização pública;
 - Propaganda, promoção e patrocínio do tabaco;
 - Cessação
- Redução da oferta através de:
 - Reduzir o comércio ilegal dos produtos do tabaco;
 - Limitar as vendas a menores e as realizadas por menores;
 - Apoiar as atividades alternativas que sejam economicamente viáveis.

Esse tratado envolve os 192 países-membros da OMS, foi ratificado no Brasil em novembro de 2005, entrou em vigor em fevereiro de 2006, sendo que o país foi um dos líderes em seu processo de desenvolvimento. Isso decorre do fato que, desde 1989 o Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional de Câncer (INCA), articula a gestão e governança do Programa Nacional de Controle do Tabagismo no Brasil, que tem como objetivo geral reduzir a prevalência de fumantes e a conseqüente morbi-mortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco.

Pelo destaque do país no combate ao tabagismo, o Brasil foi escolhido pela OMS para sediar um dos cinco centros laboratoriais mundiais de referência para controle e pesquisa dos derivados do tabaco por meio de uma parceria entre a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e o Instituto Nacional de Câncer (Inca). Esse centro de pesquisa tornará o país uma referência para toda a América do Sul e Caribe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Em muitos países, inclusive no Brasil, a dependência do tabaco tem sido concentrada cada vez mais nos grupos de baixa renda e de menor escolaridade, comprometendo parte significativa da renda familiar e reduzindo o acesso do trabalhador e de sua família a alimentos e outros itens de necessidade básica. Ela também agrava o empobrecimento de indivíduos e suas famílias porque usuários estão propensos a sofrer de doenças e perdas de produtividade e renda; sem esquecer dos danos causados à saúde das famílias envolvidas no plantio e beneficiamento do tabaco devido ao contato com a folha. “A dependência o tabaco fomenta um círculo vicioso, pois contribui com a exclusão social e amplia as desigualdades entre pobres e ricos” (BRASIL, 2004).

Por isso, que é cada vez mais importante pensar e agir seriamente sobre as políticas de controle do tabaco. Elas têm como principal objetivo,

a melhoria da saúde e as intervenções dos governos no mercado do tabaco são justificadas por vários motivos. Em primeiro lugar, muitos fumantes, em especial os mais jovens e os mais pobres, não estão plenamente conscientes dos altos riscos de doença e de mortes prematuras devido ao consumo de derivados do tabaco. [...] Em segundo lugar, o tabagismo impõe custos sobre os não-fumantes, como prejuízos à saúde, além do incômodo e da irritação causados pela exposição à fumaça. Finalmente, os fumantes podem impor custos financeiros sobre outras pessoas, como é o caso das despesas mais elevadas com serviços de saúde (em média, os custos dos fumantes com saúde são superiores aos dos não fumantes). Quando a saúde é financiada por impostos, os não fumantes terminam por arcar com parte dos custos de saúde dos que fumam (IGLESIAS, 2007, p. 7).

3.2 IMPORTÂNCIA ECONÔMICA DO SETOR NO BRASIL

Apresentada a indústria do tabaco, é necessário dimensioná-la dentro da área econômica, a fim de mensurar a sua importância para o Estado Brasileiro.

O tabaco é atualmente a mais importante cultura agrícola não-alimentícia do planeta e contribui substancialmente para as economias de mais de 150 países, gerando mais de 100 milhões de empregos em todo o mundo (SOUZA CRUZ, 2010).

O setor fumageiro no Brasil é caracterizada pelo elevado grau de concentração (poucas empresas atuando no mercado) e verticalização de sua indústria (fabricantes agregam fases para frente e para trás ao seu processo produtivo), pelo mercado ilegal de cigarros (contrabando, falsificação e sonegação) e pela alta carga tributária incidente na cadeia produtiva (cerca de 80% do preço final do cigarro são impostos).

Dentro do país existem dezesseis empresas competindo no setor. Duas dessas detêm, em conjunto, aproximadamente 90% do mercado, sendo que a Souza Cruz, que ocupa uma posição hegemônica há várias décadas, é responsável por 77%, seguida pela Philip Morris, com uma fatia de 12,3%; enquanto as demais catorze juntas representam os outros 10%, cujas parcelas de mercado variaram entre 0,08% e 3%. Isso caracteriza claramente uma enorme concentração do mercado e conseqüente estrutura oligopolista, com reflexos sobre os preços e a competitividade das empresas que atuam nesse setor. (SINDITABACO, 2010; SOUZA CRUZ, 2010)

Além do alto grau de concentração, outra característica marcante é o também elevado grau de verticalização operacional, no qual há casos de empresas que operam desde a usina processadora do fumo, passando pela fabricação dos cigarros e chegando até mesmo a distribuição própria do produto.

Outra questão que é pauta de debates no setor é o mercado ilegal. Segundo estudo realizado pelo Banco Mundial em 2007, ele representou 30% do mercado total de cigarros comercializados no Brasil. A forte carga tributária sobre a produção e venda de cigarros continua sendo o principal fator de incentivo à comercialização informal do produto no Brasil. Nos últimos anos o Governo Federal vem tomando diversas medidas de combate a essas atividades ilegais, tais como maior fiscalização, a exigência de selo de controle no maço de cigarro - autenticação de que o produto é legalizado -, a implantação da nota fiscal eletrônica e a adoção do Sistema de Controle e Rastreamento da Produção de Cigarros (Scorpions). Estimativas da Secretaria da Receita Federal do Brasil mostram que a perda de arrecadação no setor é superior a R\$ 1 bilhão por ano. (ANUÁRIO BRASILEIRO DO TABACO, 2008).

Permanecendo à margem da legislação e regulamentação (fiscalização e acompanhamento da Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária), o mercado ilegal atua em condições competitivas vantajosas comparativamente às empresas que operam legalmente no setor, além de colocar a sociedade em situações de maior risco no que se refere

aos aspectos sanitários, uma vez que os produtos ilegais não apresentam garantia quanto ao cumprimento dos padrões internacionais exigíveis de composição e qualidade, o que potencializa assim os riscos associados ao seu consumo.

Agregado a esses fatores, há ainda outros dois elementos complicadores: a grande extensão das fronteiras brasileiras, o que dificulta a fiscalização, e países vizinhos com cargas tributárias menores, como o Paraguai e Uruguai. Essa problemática do mercado ilegal merece atenção especial das entidades governamentais, especialmente as responsáveis pela fiscalização do setor fumageiro no Brasil e por isso, será tratado com mais ênfase posteriormente.

Ao falar sobre o setor fumageiro, não há como não relacioná-lo à alta carga tributária. Somente a Souza Cruz, líder do mercado, paga aos cofres públicos anualmente R\$ 5,1 bilhões em impostos e gera 240 mil empregos na cadeia produtiva. Isso coloca a Souza Cruz entre as dez maiores contribuintes de tributos do Brasil (SOUZA CRUZ, 2010).

Os impostos e taxas sobre o tabaco são uma significativa fonte de receita para quase todos os governos. No Sri Lanka, por exemplo, a receita proveniente da taxaço do tabaco chega a 10% de tudo que o governo arrecada (SOUZA CRUZ, 2010). No Brasil, o percentual é mais modesto, mas ainda relevante, perfazendo cerca de 0,8% do total da carga tributária, em 2008¹.

É um percentual pequeno, apesar da grande participação dos impostos na composição do preço final do cigarro no Brasil. De acordo com a Revista Época, de Maio de 2010, o cigarro é o terceiro colocado na lista dos produtos com maior tributação percentual, tendo 80,42% do valor de seu produto final composto por impostos. Fica atrás apenas de outros bens não-essenciais e com características similares as suas: a cachaça com 81,87% e o casaco de pele de vision com 81,86%.

Sua relevância econômica, portanto, em termos de contribuição tributária, para as três esferas governamentais, além de sua importância em relação ao volume de empregos gerados, diretos e indiretos, é notória. Esse assunto será discutido mais profundamente posteriormente.

Além disso, o país ocupa posições de destaque no cenário mundial, sendo o maior exportador de fumo e o segundo maior produtor, conforme demonstram as tabelas 1 e 2:

¹ Calculo feito considerando a carga tributária de 35,8% do PIB, e o PIB no total de R\$ 2,9 trilhões, no ano de 2008 (Receita Federal, 2010). O valor do total de tributos da cadeia produtiva considerado foi de R\$ 8,5 bilhões. Portanto: valor total dos tributos advindos do tabaco (R\$ 8,5 bi) / valor total da carga tributária brasileira (R\$ 1,038 tri).

Tabela 1 – Maiores Produtores Mundiais (t)

Países	2007	2008
1. China	2.283.360	2.044.310
2. Brasil	792.390	747.680
3. Índia	790.410	743.830
4. Estados Unidos	429.420	392.780
5. Malawi	124.580	161.530
6. Indonésia	174.520	152.170
7. Argentina	148.470	138.080
8. Itália	114.250	11.220
9. Grécia	110.030	109.760
10. Paquistão	110.030	90.630
Total Mundial	6.810.890	6.017.730

Fonte: Elaboração própria a partir do Anuário Tabaco 2009 com dados ITGA/Afubra.

Tabela 2 – Maiores Exportadores Mundiais (t)

Países	2007	2008
1. Brasil	700.420	681.480
2. Índia	228.950	230.320
3. China	151.630	152.540
4. Estados Unidos	124.780	125.530
5. Itália	123.530	124.270
6. Turquia	110.790	111.460
7. Grécia	93.890	94.450
8. Malawi	69.350	69.770
9. Zimbábue	65.270	65.660
10. Argentina	52.790	53.110
Total Mundial Exp.	2.267.290	2.280.250

Fonte: Elaboração própria a partir do Anuário Tabaco 2009 com dados ITGA/Afubra.

O Brasil ocupa a segunda posição, atrás apenas da China (2.044.310 toneladas) e seguido de perto pela Índia (743.830 toneladas) na produção mundial do setor. Em 2008, a produção brasileira foi de 747.680 toneladas, o que representa 12,42% da produção global de fumo.

A região sul do país é a grande responsável pelo cultivo de fumo brasileiro, concentrando aproximadamente 90% da produção nacional (SOUZA CRUZ, 2010). De acordo com o Sindicato da Indústria do Fumo (SINDITABACO, 2010), essa região reúne 730 municípios produtores e conta com uma área plantada de 376 mil hectares, cultivada por 186 mil produtores integrados. Um universo de aproximadamente 800 mil pessoas participam desse ciclo produtivo no meio rural, somando uma receita anual bruta em 2008 na margem de R\$ 4,4 bilhões.

Estima-se que, no total, a produção de fumo seja a fonte complementar de renda de cerca de 218 mil famílias, envolvendo direta e indiretamente mais de 2,4 milhões de pessoas no processo. (AFUBRA apud SOUZA CRUZ, 2010).

Em 2009 foram produzidas 739 mil toneladas de tabaco e destas, 85% foi destinada ao mercado externo. Deste volume, 54% foram produzidos no Rio Grande do Sul, 29% em Santa Catarina e 17% no Paraná. Para o sul do país, a cultura do fumo é uma das atividades

agroindustriais mais significativas, portanto, a importância sócio-econômica do tabaco para essa região é evidente. (SINDITABACO, 2010)

Em relação às exportações de fumo, o país ocupa a liderança desde 1993, graças à qualidade e integridade de seu produto, e, no ano de 2008, foi responsável pela exportação de 681.480 toneladas, o que perfaz 30% do total mundial de exportações do setor e é quase três vezes maior que o volume exportado pela segunda colocada, a Índia. A China está em terceiro lugar no ranking, tendo exportado, no mesmo ano, 152.540 toneladas. Em 2008, as exportações do fumo foram de US\$ 2,71 bilhões (FOB) e significaram 1,4% do total das exportações brasileiras, de acordo com a Receita Federal (2010). Já em 2009, apesar da crise internacional, o tabaco atingiu seu recorde nos valores embarcados, totalizando US\$ 3,02 bilhões (FOB), 2% das exportações totais brasileiras (SINDITABACO, 2010).

Ressalta-se, no entanto, que as exportações de seus derivados, como os cigarros, atualmente não representam 1% de toda a produção nacional de cigarros. Esta política atual, que privilegia a exportação na forma primária do que na manufaturada, constitui-se em uma grande desvantagem para a economia brasileira, pois, apesar de ampliar a pauta das exportações dos produtos primários de baixo valor agregado, restringe a possibilidade de expansão tanto da produção de cigarros destinada ao mercado interno, como ao mercado internacional, o que representaria uma pauta de exportação de produto com maior valor agregado e, conseqüentemente, com maior geração de emprego, renda, etc. no país.

De acordo com o estudo realizado pelo Sindifumo – SP, no ano de 2006, cada quilo de fumo exportado gera uma receita estimada de aproximadamente R\$ 7,00 - enquanto essa mesma quantidade de fumo, caso fosse transformada em cigarros (aproximadamente 62,5 maços) e estes comercializados ao preço médio do mercado interno (R\$ 1,81 por maço), geraria a receita estimada de R\$ 116 por quilo de fumo. Portanto, a industrialização do fumo agrega 16,4 vezes mais valor do que a sua venda no estágio primário, sem contar os empregos que poderiam ser gerados.

O principal mercado brasileiro é a União Européia com 45% do total, seguida pelo Extremo Oriente (23%), África/Oriente Médio (10%), América do Norte (10%), Leste Europeu (9%) e América Latina (3%) (SINDITABACO, 2010). Clientes de todo o mundo - cerca de 100 países - são abastecidos com o tabaco brasileiro de alta qualidade, devido, principalmente, ao fato de sua cultura não ser mecanizada.

Segundo o Anuário do Tabaco de 2009, a importância econômica do setor, em 2008, deu-se de acordo com a tabela 3:

Tabela 3 – Importância Econômica - 2008

	Faturamento (R\$)	Volume (t)	%
Consumo doméstico	11.768.604.600,00	105.900	13
Exportação	5.036.924.000,00	691.610	87
Total	16.805.528.600,00	797.510	100
PIB Brasil	2.900.000.000.000,00	-	0,6

Fonte: Elaboração própria a partir do Anuário do Tabaco 2009 com dados da Receita Federal/Secex/Afubra.

O faturamento do setor do tabaco movimenta cerca de 0,6% do PIB brasileiro. Em 2008, aproximadamente 13,28% da produção nacional de fumo processado foram vendidos no mercado interno, o que gerou 70% do faturamento do setor fumageiro, enquanto 86,72% do fumo processado foram destinados ao mercado externo e geraram apenas 30% do faturamento do setor. Esses dados corroboram a questão discutida anteriormente de que a exportação do fumo como matéria-prima é, economicamente, prejudicial para a economia brasileira, devido ao seu baixo valor agregado do produto se comparado ao faturamento gerado pelos cigarros manufaturados.

Nos países onde a sociedade tem maior poder aquisitivo, os preços dos cigarros praticados no varejo são bem mais elevados do que os praticados no mercado interno brasileiro. Desse modo, considera-se que as empresas instaladas no Brasil poderiam vender cigarros industrializados no país, para outros países, a um preço, no mínimo, equivalente ao praticado mercado interno brasileiro. Isso proporcionaria um melhor aproveitamento do setor. Diante desse quadro, é imprescindível que o governo desenvolva políticas estratégicas que visem um melhor aproveitamento do potencial econômico deste setor no mercado internacional.

3.3 A CADEIA PRODUTIVA E A TRIBUTACAO

Esta seção tem por objetivo descrever a cadeia produtiva do setor fumageiro e explicar de que forma ela é tributada.

A cadeia produtiva do fumo no Brasil compõe-se, basicamente, de quatro elos: a produção rural, o processamento e comércio atacadista, a industrialização e a distribuição. O

primeiro elo é composto pelos agricultores que cultivam o fumo, atuando, em quase sua totalidade, sob a forma de pessoas físicas. O segundo é composto de usinas de beneficiamento, que processam o fumo *in natura* e o transferem para as indústrias instaladas no país ou para o mercado externo, diretamente ou por meio de intermediários, também denominados de atacadistas. Já na industrialização, o fumo destinado ao mercado interno é adquirido pelas indústrias que produzem cigarros e abastecem praticamente o mercado interno, vez que uma parcela mínima da produção é exportada. Por fim, no último elo, os distribuidores – que podem pertencer às próprias indústrias de cigarros ou a terceiros – transferem o produto aos pontos de venda que, por sua vez, o vendem aos consumidores finais.

A tributação incidente sobre o fumo não faz distinção entre empresas, ou seja, ela onera igualmente todas as firmas atuantes no mercado, independentemente de seu porte, que podem estabelecer seus preços livremente. Embora o país tenha hoje 16 fabricantes de cigarro, apenas dois deles (Souza Cruz e Philip Morris) respondem por 98,5% da arrecadação tributária federal – estimada em R\$ 5,5 bilhões para 2009. Já os pequenos fabricantes contribuem com apenas 1,5% da arrecadação tributária nesse âmbito governamental. (Senado Federal, 2009)

De acordo com um estudo do Sindifumo-SP, sobre a tributação da cadeia produtiva do fumo no Brasil, a carga tributária teórica² em 2004, desconsiderando os encargos sociais relativos à folha de pagamento e considerando os custos com o selo de controle³, representou 69,89% do faturamento do setor. A distribuição desses encargos pela cadeia produtiva deu-se de acordo com a tabela 4.

Tabela 4 - Peso da Carga Tributária sobre os Elos da Cadeia Produtiva do Fumo no Brasil

Elo da Cadeia	Carga Tributária / Faturamento Próprio	Carga Tributária / Faturamento do Setor	Participação
Produtor Rural	18,80%	4,94%	7,07%
Processador	10,50%	3,05%	4,37%
Indústria	67,61%	57,82%	82,73%
Distribuidor/Varejo	10,80%	4,08%	5,83%

² Denomina-se carga tributária “teórica” porque considerou-se pertinente uma quantificação da contribuição tributária gerada pelo setor, em todos os seus elos, de maneira a se obter um índice que reflita essa carga, conforme a legislação vigente. Esse índice procura medir o impacto da aplicação da legislação tributária vigente sobre cada elo da cadeia produtiva do fumo, considerando os principais tributos incidentes no setor.

³ Os “selos de controle” não se constituem como tributos em si, contudo, são exigidos pelo Governo Federal afim de comprovar a legalidade do produto. Por isso, estão inclusos nos custos.

Total	-	69,89%	100%
--------------	----------	---------------	-------------

Fonte: Elaboração própria a partir do Estudo do Sindifumo-SP sobre a tributação da cadeia produtiva do fumo.

A distribuição desses encargos em relação ao faturamento total da cadeia produtiva foi de 4,94% para os produtores rurais, 3,05% nas usinas processadoras, 57,82% para as indústrias e 4,08% nas distribuidoras/varejo; o que significou uma participação de 7,07%, 4,37%, 82,73% e 5,83% no total da cadeia. Analisando a carga tributária em relação ao próprio faturamento do elo da cadeia, pode-se verificar que o elo mais onerado foi a indústria com 67,61% do seu faturamento pago aos cofres públicos. Seguido dela, o produtor rural com 18,8%, o distribuidor/varejo com 10,8% e o processador com 10,5%.

A magnitude dos valores apresentados pela indústria é o destaque. Eles demonstram que a indústria, além de ser o segmento mais onerado em relação ao seu próprio faturamento (67,61%), é também o que mais contribui para a formação da carga tributária do setor fumageiro, participando com 82,73% do total.

Feitas as deduções fiscais, sobram do faturamento das empresas cerca de 30,11%. Estes correspondem às remunerações dos fatores de produção ao setor privado dos diversos segmentos do setor e sua distribuição ocorreu conforme a tabela 5.

Tabela 5 - Remuneração dos Fatores de Produção dos Elos da Cadeia Produtiva do Fumo no Brasil

Elo da Cadeia	Remuneração dos Fatores de Produção / Faturamento do Setor	Participação
Produtor Rural	5,12%	17%
Processador	5,42%	18%
Indústria	13,55%	45%
Distribuidor	3,31%	11%
Varejo	2,71%	9%
Total	30,11%	100%

Fonte: Elaboração própria a partir do Estudo do Sindifumo-SP sobre a tributação da cadeia produtiva do fumo

A distribuição deu-se entre o produtor rural (5,12%), processador (5,42%), indústria (13,55%), distribuidor (3,31%) e varejo (2,71%). Extrapolando os percentuais para a participação total na remuneração dos fatores, os valores ficam assim: produtor rural (17%), processador (18%), indústria (45%), distribuidor (11%) e varejo (9%).

Mais uma vez a indústria apresenta os maiores valores percentuais. Isso revela o tamanho da representatividade que esse segmento da cadeia produtiva tem sobre o setor e sobre os governantes, no que tange as decisões no âmbito econômico, como, por exemplo, o aumento dos impostos.

Essa questão é muito debatida atualmente e gera conflitos principalmente entre a indústria fumageira, governantes e sociedade. O aumento da arrecadação no setor de cigarros visa compensar, em parte, outras medidas adotadas pelo governo para incentivar a economia. Como discutido anteriormente, os tributos dessa cadeia produtiva tem sido utilizados para além da função fiscal. Em 2009, por exemplo, eles ajudaram a equilibrar o orçamento público devido aos incentivos disponibilizados ao setor automobilístico

Segundo Serpa, o aumento da arrecadação no setor de cigarros vai compensar em parte outras medidas adotadas pelo governo para incentivar a economia. A previsão da Receita é que a prorrogação da redução da alíquota do IPI sobre veículos novos representará uma desoneração de R\$ 1,08 bilhão. No primeiro trimestre, quando a medida já estava em vigor, a Receita calcula que a perda tributária foi de R\$ 1,4 bilhão (ESTADÃO, 2009).

Dessa forma, a cadeia produtiva do fumo, de certa maneira, proporciona benefícios indiretos à população, pois os valores arrecadados via tributação são representativos. Contudo, há também um alto custo devido ao consumo dos derivados do tabaco. Esse é significativo e impõe uma carga importante tanto para o indivíduo quanto para a sociedade, pois além dos custos com o tratamento das doenças tabaco-relacionadas, há os gastos com o pagamento de pensões e aposentadorias precoces, entre outros. Entender e analisar essa situação é fundamental para formular corretamente políticas públicas nesse setor.

3.4 OS TRIBUTOS INCIDENTES NA CADEIA PRODUTIVA

De acordo com o Sindifumo-SP, as empresas participantes da cadeia produtiva do fumo brasileira geram receitas aos cofres públicos através de 7 tributos: IPI, ICMS, PIS, CONFINS, IRPJ, CSLL E FUNRURAL, não tendo sido consideradas as demais contribuições sociais, por se tratar de encargos sociais pertinentes à folha de pagamento, e não ao processo do produto ao longo da cadeia produtiva; e nem os custos com selos de controle, visto que

apesar deles fazerem parte do montante total pago aos cofres públicos, são apenas necessários para um maior controle sobre os produtos legais comercializados no mercado interno, não constituindo-se, de fato, como impostos ou contribuições.

A mesma instituição encomendou um estudo a Fundação Instituto de Pesquisas Contábeis, Atuariais e Financeiras (FEPECAFI) sobre a tributação da cadeia produtiva do fumo no Brasil e estimou que, excluídos portanto os custos dos selos de controle e os encargos sociais sobre a folha de pagamento, a carga tributária incidente em 2004 sobre o setor foi de 66,63%, distribuída conforme a figura 1:

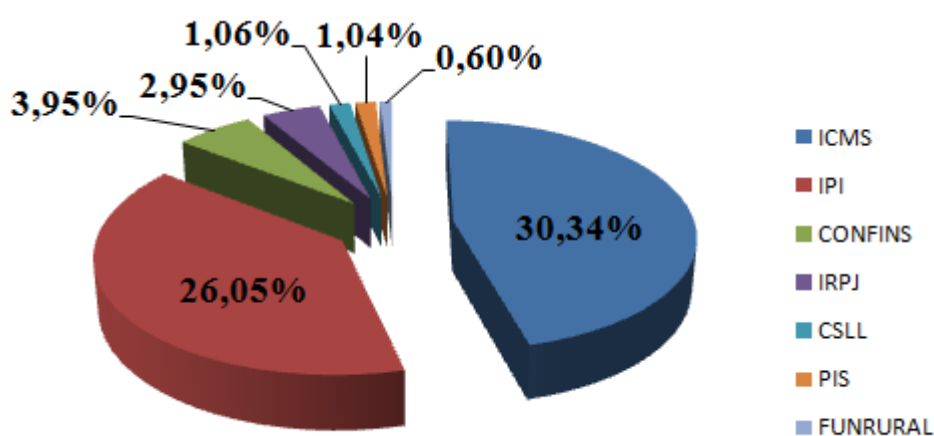


Figura 1 – Participação de Cada Tributo em relação à Carga Tributária Total da Cadeia Produtiva do Fumo

Fonte: Elaboração própria com dados do Estudo do Sindifumo-SP sobre a tributação da cadeia produtiva do fumo com dados obtidos da FEPECAFI.

Como se pode observar, os impostos mais significativos para essa indústria são o IPI, com aproximadamente 26% de participação no montante total e cuja arrecadação se dá no âmbito federal; e o ICMS, que é um imposto recolhido pelos Estados e que participa com cerca de 30% dos valores dos impostos recolhidos.

No caso da cadeia produtiva do fumo, o IPI - Imposto sobre Produtos Industrializados é recolhido nas usinas processadoras do fumo e nas indústrias fabricantes de cigarros. É um imposto indireto, não-cumulativo, cobrado sempre que ocorre a venda de bens industrializados e nas importações. Seu valor é acrescido ao preço do produto, repassando o ônus tributário ao consumidor, e sua arrecadação é de responsabilidade da União. Trata-se também de um imposto seletivo, cobrado em razão da essencialidade do produto – os essenciais podem ser até isentos do IPI, como é o caso da maioria dos produtos alimentícios,

enquanto outros, como o cigarro, têm uma elevada carga tributária. Ou seja, ele incide em uma gama relativamente ampla de produtos industrializados, nacionais e estrangeiros, mas com diferentes alíquotas, as quais são definidas de acordo com o grau de necessidade do produto. Os que embutem maiores alíquotas são os cigarros, bebidas alcoólicas e os automóveis. Geralmente são aplicados em vários países e baseados em percentuais muito elevados do preço total. No Brasil, a taxação específica sobre esses três bens foi responsável por aproximadamente um terço da receita de IPI em 2006. De acordo com dados da Receita Federal, os percentuais de arrecadação sobre o total do IPI foram de oito, nove e quinze; respectivamente.

A taxação do IPI é específica no caso dos cigarros, e assim ocorre desde junho de 1999. Antes eles eram tributados sob a forma de alíquota *ad valorem* efetiva de 41,25% sobre o preço de venda a varejo do cigarro. Após esse período, os mesmos passaram a ser tributados sob a forma de alíquota específica de acordo com a classe fiscal de enquadramento do produto. Desta forma, e de acordo com dados fornecidos pela Receita Federal, as marcas comerciais de cigarros passaram a ser distribuídas nas classes fiscais abaixo descritas:

I - Classe IV: marcas apresentadas em embalagem rígida e versões dessas mesmas marcas em embalagem maço, de comprimento superior a 87 milímetros;

II - Classe III: marcas apresentadas em embalagem rígida e versões dessas mesmas marcas em embalagem maço, de comprimento até 87 milímetros;

III - Classe II: outras marcas apresentadas em embalagem maço, de comprimento superior a 87 milímetros; e

IV - Classe I: outras marcas apresentadas em embalagem maço, de comprimento até 87 milímetros.

As alíquotas, de acordo com cada classe, e sua evolução histórica até a vigente hoje, encontram-se na figura 2:

Classe Fiscal	Até Jun/99	De Jun/99 a Nov/02	De Dez/02 a Dez/03	De Jan/04 a Jul/07	De Jul/07 a Abr/09	A partir de Mai/09
	Valor do IPI	Valor do IPI (R\$/vintena)				
I	Alíquota: 330%.	0,35	0,385	0,469	0,619	0,764
II	Base de cálculo:	0,42	0,460	0,552	0,729	0,900
III - M	12,5% do preço de venda a varejo.	0,49	0,535	0,635	0,813	1,004
III - R		0,56	0,610	0,718	0,919	1,135
IV - M	Alíquota efetiva:	0,63	0,685	0,801	1,025	1,266
IV - R	41,25%.	0,70	0,760	0,884	1,131	1,397

Figura 2 – Histórico das alíquotas do IPI Fumo

Fonte: Receita Federal

Como observado, ao longo do período, as alíquotas sofreram reajustes. Até junho de 1999, o IPI do cigarro era cobrado na forma ad-valorem (proporção do preço do cigarro) e as empresas pagavam aproximadamente 41% de IPI no preço de cada maço. Houve uma reforma, e, a partir daquele momento, o imposto passou a ser cobrado na forma específica (alíquota fixa, independente do preço, com várias alíquotas ou classes fiscal) e as empresas passaram a pagar entre 20 e 25% do preço final do maço. Logo após a redução do peso do IPI no preço do cigarro, as empresas baixaram os preços e os mantiveram constantes até fins de 2001. Após essa data, aumentaram os preços para preservar suas margens de lucratividade, pois a inflação se havia acelerado no país. Quando se produziu o aumento de 10% no imposto em dezembro de 2002, as empresas repassaram praticamente sua totalidade aos consumidores. A partir de janeiro de 2004, há uma nova elevação de impostos de quase 22% e as empresas adotaram a mesma postura anterior.

Para o governo estava ficando claro que o IPI-Fumo estava sendo ajustado abaixo da inflação e que a arrecadação real do imposto estava despencando. Em dezembro se anunciou a medida de elevação de aproximadamente 32% que entraria em vigor em julho de 2007. Em 2009, a partir de 1º de maio, houve a última elevação da alíquota do IPI, vigente hoje. Esta foi majorada em torno de 23,5%. Além do aumento do imposto, outro fator importante foi que o valor passou a ser pago na saída do produto do estabelecimento industrial e não mais na saída dos comércios atacadistas ou varejistas, seja ele nacional ou importado.

O que aqui se procurou demonstrar com isso é que as empresas repassam o aumento do IPI-Fumo aos preços. Nenhuma empresa reduz suas margens de lucros significativamente, nem mesmo as companhias de cigarros brasileiras, que tiveram uma alta significativa da margem de lucro a partir de junho de 1999.

Outra problemática surge é a regressividade identificada na incidência do IPI sobre o cigarro industrializado. Essa distorção do sistema tributário atualmente em vigor provoca uma carga fiscal proporcionalmente maior sobre os produtos com menor preço de venda em relação aos mais caros. Como consequência, consumidores de cigarros de classes inferiores pagam, proporcionalmente ao preço do produto, mais impostos do que consumidores que optam por marcas de classe superior, onde a incidência tributária é relativamente menor. Esse fato é agravado quando se analisa o peso das despesas com cigarros em relação ao orçamento familiar.

Como houve muitas mudanças na alíquota desse imposto e devido também à grande participação do mesmo na composição do preço final do produto, vale aqui uma análise a parte. A tabela 6 mostra os valores monetários arrecadados pela União nos últimos onze anos:

Tabela 6 – Histórico da arrecadação federal relacionada com o IPI-FUMO e IPI-TOTAL

ANO	IPI -			ARRECADAÇÃO	
	IPI - FUMO	TOTAL	PERCENTUAL	TOTAL	PERCENTUAL
1999	2.282	16.503	13,82%	151.517	1,51%
2000	1.998	18.839	10,61%	176.814	1,13%
2001	2.007	19.456	10,32%	196.709	1,02%
2002	1.923	19.798	9,71%	243.005	0,79%
2003	1.994	19.674	10,13%	273.358	0,73%
2004	2.304	22.822	10,10%	322.555	0,71%
2005	2.303	26.373	8,73%	360.682	0,64%
2006	2.396	28.188	8,50%	523.358	0,46%
2007	2.803	33.794	8,29%	602.817	0,46%
2008	3.211	39.466	8,14%	685.675	0,47%
2009	3.314	30.753	10,78%	698.289	0,47%

Elaboração própria com dados obtidos no site da Receita Federal: <http://www.receita.fazenda.org.br>

Nota: Valores em Bilhões de Reais a preços correntes

Através dessa tabela pode-se perceber que houve crescimento dos valores arrecadados até 1999, quando a alíquota do IPI era um percentual do preço do cigarro. Após a mudança na forma de cálculo, para um valor fixo de acordo com a classe fiscal, observa-se uma diminuição do montante auferido. Esta tendência só se altera significativamente em 2007, quando houve um aumento relevante nas alíquotas de aproximadamente 32%, o qual visava restabelecer a relação do imposto sobre o preço do produto. Desde então, os montantes arrecadados de IPI - Fumo têm sido crescentes.

Analisando a relação do IPI – Fumo com o IPI – Total, percebe-se que os valores do segundo, ao longo do período referenciado, cresceu constantemente; contudo, por vezes, principalmente entre os anos de 2005 e 2008, proporcionalmente mais que o primeiro. A exceção foi o último ano quando as alíquotas dos demais IPIs que compõem o IPI - Total, como bebidas e automóveis, reduziram; e as do fumo aumentaram. Isso caracterizou a queda do valor total e a retomada do crescimento percentual do IPI Fumo em relação ao IPI Total.

Entretanto, observando a relação entre o IPI – Fumo e a arrecadação federal total, verificar-se-á uma constante queda do percentual relativo. Isso deve-se, principalmente, ao

aumento das alíquotas de outros impostos que compõem a arrecadação federal. Em 2009, por exemplo, o IPI – Fumo aumentou em 23,5%, enquanto o PIS e a Confins em 70%. Esses reajustes proporcionaram aos cofres públicos federais, um ganho de R\$ 975 milhões, de maio a dezembro deste ano (RECEITA FEDERAL, 2010).

Outra grande fonte de recursos aos cofres públicos é o ICMS – Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços. De todos os tributos brasileiros, ele é considerado o mais complexo porque cada Estado tem uma legislação própria. De acordo com dados publicados pelo jornal Estadão (2009), esse imposto representa 83% das receitas dos Estados. É difícil a sua mensuração em âmbito nacional. No estado de São Paulo, por exemplo, o ICMS advindo do fumo foi de R\$ 554 milhões em 2004; o que significou 1,21% do total do ICMS arrecadado por esse estado, que foi de quase R\$ 46 bilhões.

O ICMS é um imposto não cumulativo, ou seja, ele é cobrado a cada movimentação de produto ou serviço, e portanto é arrecadado nos quatro elos da cadeia produtiva do fumo. Trata-se também de um imposto sobre o valor agregado cujo ônus recai sobre o consumidor final. O ICMS integra o preço de venda final dos produtos, impactando, portanto, no volume de vendas das empresas que os produzem ou comercializam. Em razão desses impactos, é comum as empresas se queixarem da alta carga do imposto e reivindicarem diminuições, vantagens e incentivos junto aos Estados. Por vezes, realizam estudos tributários que recomendam uma mudança geográfica da organização a fim de obter vantagens fiscais. Descontos do ICMS são a forma clássica de fazer a chamada "guerra fiscal". Para atrair indústrias, Estados oferecem benefícios que, na prática, funcionam como isenção do tributo.

Na maior parte dos produtos, o ICMS corresponde ao percentual de 18%. Entretanto, para certos alimentos básicos, como arroz e feijão, o ICMS cobrado é de 7%. Já no caso de produtos considerados supérfluos, como, por exemplo, cigarros, cosméticos e perfumes, cobra-se o percentual de 25%. A base para o seu cálculo é diferente no caso dos cigarros do que é para outros produtos do tabaco. No caso dos cigarros, o ICMS é aplicado na saída da fábrica, e baseia-se no preço de venda ao consumidor determinado pelo fabricante, enquanto que para outros produtos do tabaco que saem da fábrica, baseia-se no preço de substituição fiscal, que inclui IPI, frete e outras despesas.

Apesar do IPI e do ICMS serem os impostos mais relevantes na cadeia produtiva do fumo, há ainda outros 5 impostos que devem ser levados em consideração: PIS, COFINS, IRPJ, CSLL e FUNRURAL.

O PIS e a COFINS são impostos gerais, que incidem sobre os cigarros, de responsabilidade federal e calculados no momento da emissão da fatura. O primeiro,

Programa de Integração Social (PIS), foi criado com o objetivo de garantir aos trabalhadores a integração na vida e no desenvolvimento das empresas. O segundo, Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), surgiu com o intuito de financiar a seguridade social. Sua base de cálculo é o faturamento das empresas. A Cofins é o quarto tributo em termos de arrecadação no país, ficando atrás do ICMS, do IR e da contribuição para o INSS.

O histórico da base de cálculo encontra-se na tabela 7:

Tabela 7 – Histórico das alíquotas de PIS e COFINS

Vigência	PIS (R\$)	COFINS (R\$)
Até Fev/06	$0,65\% * 1,38 * \text{Preço de venda a varejo (R\$)}$	$3\% * 1,18 * \text{Preço de venda a varejo (R\$)}$
De Mar/06 a Jun/09	$0,65\% * 1,98 * \text{Preço de venda a varejo (R\$)}$	$3\% * 1,69 * \text{Preço de venda a varejo (R\$)}$
A partir de Jul/09	$0,65\% * 3,42 * \text{Preço de venda a varejo (R\$)}$	$3\% * 2,9169 * \text{Preço de venda a varejo (R\$)}$

Elaboração própria com dados obtidos no site da Receita Federal: <http://www.receita.fazenda.org.br>

O PIS e a COFINS incidentes sobre o cigarro ficaram significativamente maiores desde 1º de julho de 2009. Ambos são recolhidos tanto na usina processadora quanto na indústria. Obtém-se o montante arrecadado de acordo com as seguintes fórmulas: $\text{PIS} = 0,65\% * 3,42 * \text{preço de venda no varejo}$; e $\text{COFINS (R\$)} = 3\% * 1,18 * \text{preço de venda no varejo}$. Os valores de 0,65 % e 3% são fatores de multiplicação para fins de substituição fiscal.

Os cigarros e os produtos derivados do tabaco são um dos grupos afetados pela substituição fiscal, ou seja, “pelo regime no qual a responsabilidade pelo imposto devido, em relação às operações ou prestações de serviço, é atribuída a outro contribuinte” (RECEITA FEDERAL, 2010). As empresas fabricantes e importadoras de cigarros pagam as contribuições como contribuintes e como substitutos tributários dos comerciantes atacadistas e varejistas.

O último reajuste, de 72%, em julho de 2009, que deu origem a alíquota vigente hoje, é consequência do objetivo do governo central em financiar outros setores da economia, como o automobilístico. Segundo dados disponibilizados pela Receita Federal, apenas de julho a dezembro, devido ao aumento das alíquotas, foram gerados R\$ 415 milhões a mais.

Outro imposto federal vigente no setor fumageiro é IRPJ - Imposto de Renda Pessoa Jurídica. Como regra geral, sua base de cálculo integra todos os ganhos e rendimentos de capital, bastando que decorram de ato ou negócio. Aplica-se, inclusive, à pessoa jurídica que explore atividade rural. É cobrado das usinas processadoras do fumo, bem como das indústrias fabricantes de cigarros. Não é cobrado dos produtores rurais, pois, em sua maioria,

são pessoas físicas que compõem esse elo. A pessoa jurídica pagará o imposto à alíquota de 15% sobre o lucro real, presumido ou arbitrado, correspondente ao período de apuração (RECEITA FEDERAL, 2010).

No primeiro caso, o lucro real é calculado pela diferença entre as receitas e os custos da empresa, o que exige que se mantenha um sistema de contabilidade segundo as exigências da legislação. O segundo, por sua vez, se baseia na aplicação de uma alíquota sobre a receita bruta, é o mais indicado para pequenas empresas cujo capital social e a receita bruta anual sejam suficientemente pequenos para inviabilizar a implantação de um sistema contábil organizado da forma exigida pela legislação tributária. Por último, o método do lucro arbitrado aplica-se a empresas que não apresentam os registros contábeis requeridos para a precisa apuração do lucro sujeito à tributação. Neste caso, o governo arbitra a base do imposto, que pode ser calculado como um percentual do ativo total, do capital ou da receita bruta (GIAMBIAGI; ALÉM, 2008).

Aplicam-se à CSLL, Contribuição Sobre o Lucro Líquido, as mesmas normas de apuração e de pagamento estabelecidas para o imposto de renda das pessoas jurídicas, divergindo apenas no objetivo de arrecadação, na base de cálculo do imposto e na alíquota cobrada. Desta forma, além do IRPJ, a pessoa jurídica optante pelo Lucro Real, Presumido ou Arbitrado deverá recolher a CSLL, também pela forma escolhida. Esse imposto incide nos mesmos elos da cadeia produtiva que o IRPJ. A alíquota inicial da CSLL era 8%; depois foi majorada para 12% e atualmente é 9%.

E o último, o FUNRURAL, Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural é a contribuição social sobre a comercialização da produção rural entre pessoas físicas, cuja alíquota é de 2,3% sobre o faturamento. Ele é retido pelo processador, adquirente do fumo, no momento em que efetua o pagamento ao produtor rural. Logo, os processadores são responsáveis tributários pelo recolhimento do tributo. Dados divulgados pelo estudo realizado pelo Sindifumo-SP mostraram que, em 2004, esse imposto gerou aproximadamente R\$ 91 milhões ao cofres públicos, o que representou 0,6% do faturamento total do setor.

Coletando dados divulgados pelo Anuário do Tabaco (2009) e na Receita Federal, foi possível montar a tabela 8, a qual mostra a evolução dos quatro tributos de cunho federal vigentes atualmente, além do IPI já apresentado.

Tabela 8 – Arrecadação Total dos Tributos Federais incidentes na cadeia produtiva do cigarro, 1999 a 2009.

Ano	IPI	Outros impostos*	Total de impostos
1999	2.282	416	2.698
2000	1.998	671	2.669
2001	2.007	667	2.674
2002	1.923	792	2.715
2003	1.994	877	2.871
2004	2.304	925	3.229
2005	2.303	1.053	3.356
2006	2.396	1.103	3.499
2007	2.803	1.373	4.176
2008	3.211	1.202	4.412,50
2009	3.314	1.868	5.181,50

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Anuário do Tabaco (2009) e RECEITA FEDERAL.

* Inclui PIS, COFINS, IRPJ e CSLL

Nota: Valores em Bilhões de Reais, a preços correntes

A análise do IPI, devido a sua representatividade, já foi feita anterior e separadamente. Com relação aos outros impostos, observa-se uma crescente e constante evolução de sua arrecadação. Merecem destaque os valores arrecadados nos dois últimos anos analisados, quando esses quatro outros impostos federais somados arrecadaram pouco mais de R\$ 1,2 bilhões em 2008 e aproximadamente R\$ 1,9 bilhões em 2009. Esse ganho de arrecadação foi em grande parte gerado, como já comentado, pelo aumento das alíquotas do PIS e COFINS.

Somando-se os valores encontrados nos anos de 2008 e 2009, tem-se o valor de R\$ 4.412 e R\$ 5.181,5 bilhões, respectivamente; valor correspondente ao somatório dos impostos federais – IPI, PIS, COFINS, IRPJ e CSLL. Para compor o valor total arrecadado, nas três esferas, seria ainda necessário mensurar os valores recolhidos, por todos os estados, do ICMS e somar ao montante do FUNRURAL.

Segundo consta no Anuário do Tabaco de 2009,

A arrecadação federal, não incluindo receitas previdenciárias, aumentou de R\$ 4,1 bilhões para R\$ 4,4 bilhões entre 2007 e 2008. Em 2009, até julho, chegava a R\$ 2,8 bilhões. O total dos tributos sobre o tabaco, somando-se também as esferas estaduais e municipais, chega a quase R\$ 8,5 bilhões, 51% do total do faturamento do setor,

conforme dados da Receita Federal, da Secretaria de Comércio Exterior (Secex) e da Associação dos Fumicultores do Brasil (Afubra) (p. 140)

3.5 OS CUSTOS DO CONSUMO DE CIGARROS

O tabagismo é considerado atualmente um grave problema de saúde pública mundial. Embora o Governo obtenha uma arrecadação expressiva advinda dos impostos cobrados sobre a cadeia produtiva do cigarro, o custo social do mesmo é grande.

Uma pesquisa desenvolvida pela economista Márcia Pinto da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz estimou que R\$ 338,6 milhões foram gastos pelo SUS, no ano de 2005, com internações e procedimentos de quimioterapia no tratamento de 32 patologias relacionadas ao tabaco (PINTO, 2007). A escolha desse estudo para subsidiar esse trabalho justifica-se pela confiabilidade dos dados apresentados, uma vez que ele foi feito por uma economista especializada da área de gestão da saúde pública – que trabalhou durante sete anos no INCA ajudando na implementação do Programa Nacional de Controle do tabaco - e em parceria com a Fundação FioCruz – referência na área – e com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Este pretendeu analisar um dos principais aspectos dessa epidemia: os custos atribuíveis à prestação da assistência médica aos indivíduos acometidos por doenças cuja associação com o tabagismo está bem estabelecida na literatura. Foi realizado com dados do ano de 2005, de homens e mulheres acima dos 35 anos, e elaborado a partir de duas perspectivas: órgão financiador e hospitalar.

O cálculo dos custos sob o aspecto do órgão financiador considerou três grupos de enfermidades – câncer, aparelho circulatório e aparelho respiratório – e teve como base o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) para estimar dos custos de internações e o Sistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade na área de oncologia (SIA/SUS-APAC/ONCO) para calcular os custos referentes à quimioterapia. Sob a ótica hospitalar, foram levantados os custos do tratamento hospitalar de câncer de pulmão, laringe e esôfago no Hospital do Câncer I (HC I), unidade do Instituto Nacional de Câncer (INCA), e de angina pectoris e doença isquêmica crônica do coração (DICC), no Instituto Nacional de Cardiologia (INC), ambos situados no município do Rio de Janeiro (RJ) e

selecionados por serem prestadores públicos de saúde e referência nacional na oferta de assistência médica em câncer e doenças cardíacas.

Antes da apresentação dos resultados, é importante mencionar que este estudo possui algumas limitações na mensuração dos custos das patologias sob a perspectiva do órgão financiador. Provavelmente esses custos estão sub-estimados, devido à falta de ajustes periódicos da Tabela de Procedimentos do SIH/SUS e pela restrição orçamentária dada pelo teto financeiro da AIH. As limitações do teto acabam por exigir que estados e municípios disponibilizem recursos de seu orçamento para o tratamento das doenças associadas ao tabagismo. Em razão disso, os custos nacionais da assistência dessas patologias são possivelmente superiores aos apresentados neste trabalho. É preciso considerar também que apesar de os grupos de enfermidades aqui analisados abrangerem um número significativo de doenças, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (2004 apud PINTO, 2007) o tabagismo é fator de risco para uma série de outras, não avaliadas aqui, e que podem ampliar o montante encontrado.

Sob a primeira perspectiva, do órgão financiador, foi feito o levantamento dos custos totais das hospitalizações e dos procedimentos de quimioterapia e a partir dos resultados obtidos foi calculada uma Fração Atribuível ao Tabagismo (FAT). Como na literatura não há consenso acerca da fórmula a ser aplicada para que se atribua os casos ao tabagismo, os cálculos foram realizados a partir de duas fórmulas. Fórmula um: $FAT_{populacional} = [1 - (1/RR)] * p$ e fórmula dois: $FAT_{populacional} = [p * (RR - 1)] / [p * (RR - 1) + 1]$, onde: RR = risco relativo da enfermidade atribuível ao tabagismo na população; p = prevalência do tabagismo na população brasileira, resultado esse obtido através da Pesquisa Mundial de Saúde (PMS).

Esse indicador epidemiológico (FAT) é utilizado para avaliar os riscos que indivíduos expostos às práticas do fumo têm de contrair doenças relacionadas a esse fato. Considerando a primeira fórmula da FAT, os custos totais das doenças tabaco-relacionadas para o SUS em 2005 foram de R\$ 137.427.819,59, dos quais a maior parcela referiu-se ao tratamento das enfermidades do aparelho circulatório (53,77%), seguida pelas neoplasias (28,86%) e, finalmente, pelas patologias do aparelho respiratório (17,37%). Os resultados encontrados a partir da aplicação da segunda fórmula registraram custos totais de R\$ 338.692.516,02 e a seguiram o mesmo padrão, tendo a maior parcela destinada ao tratamento das enfermidades do aparelho circulatório (43,04%), seguida pelas neoplasias (33,85%) e pelas doenças do aparelho respiratório (23,11%). A comparação entre os dois resultados indica uma superioridade de 146,45% nos custos a favor da aplicação da segunda fórmula em relação a primeira. Os resultados podem ser observados na tabela 9:

Tabela 9 – Custos totais e tabaco-relacionados por grupo de enfermidades, SUS, 2005

Doenças	Custo total das hospitalizações	Custo total das hospitalizações atribuíveis ao tabagismo			
		1a fórmula	%	2a fórmula	%
Câncer *	316.083.126,11	39.651.579,69	12,54	114.668.026,25	36,28
Aparelho Circulatório	723.169.661,35	73.899.183,17	10,22	145.757.575,25	20,16
Aparelho Respiratório	189.952.995,36	23.877.056,73	12,57	78.266.914,53	41,2
Total	1.229.205.782,82	137.427.819,59	11,18	338.692.516,03	27,55

* Inclui o somatório de hospitalizações e quimioterapia

Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos de PINTO, 2007

Nos casos referentes às neoplasias, ou seja, câncer, os custos totais das hospitalizações e da quimioterapia alcançaram R\$ 316.083.126,11. Desse total, R\$ 109.964.228,60 (34,79%) corresponderam às internações e R\$ 206.118.897,51 (65,21%) ao tratamento com quimioterápicos. Conforme a primeira fórmula, a parcela dos custos atribuíveis ao consumo de tabaco foi de R\$ 39.651.579,69 (12,54%) e de acordo com a segunda fórmula foram de R\$ 114.668.026,25.

Esses custos se subdividem em vários tipos de câncer conforme a tabela 10:

Tabela 10 - Custos totais e atribuíveis ao tabagismo de hospitalizações por neoplasias e procedimentos de quimioterapia, SUS, 2005

Doenças	Custo total das hospitalizações e quimioterapias	Custo total das hospitalizações e quimioterapias atribuíveis ao tabagismo			
		1a fórmula	%	2a fórmula	%
Lábio, cavidade oral e faringe	52.523.791,42	9.436.982,51	17,97	31.565.541,06	60,1
Esôfago	39.184.887,11	6.744.759,48	17,21	21.289.755,54	54,33
Estômago	70.536.286,22	5.949.925,58	8,44	9.282.884,98	13,16
Pâncreas	10.821.737,72	1.129.162,19	10,43	2.066.450,05	19,1
Laringe	21.988.817,99	4.332.229,48	19,7	16.140.592,96	73,4
Traquéia, brônquios e pulmões	31.450.563,24	5.705.028,28	18,14	23.554.221,55	74,89
Bexiga	16.354.574,56	2.150.181,71	13,15	4.539.360,75	27,76
Leucemia	26.508.721,56	1.707.209,91	6,44	2.571.204,41	9,7
Colo do útero*	46.713.746,29	2.496.100,56	7,16	3.658.014,94	7,83
Total	316.083.126,11	39.651.579,70	12,55	114.668.026,24	36,28

Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos de PINTO, 2007

Nota: a neoplasia de colo de útero refere-se unicamente ao sexo feminino

Chama a atenção os percentuais, em ambas as fórmulas de cálculo, das neoplasias de lábio, cavidade oral e faringe, esôfago, laringe e traquéia, brônquios e pulmões. Isso é consequência, principalmente, da elevada relação de causa e efeito do uso do fumo sobre essas doenças. No que tange aos valores absolutos, vale ressaltar os casos de câncer de estômago que, mesmo tendo uma associação atribuível ao fumo baixa (se comparada com outras localizações), apresentou os maiores valores de custos totais de hospitalizações e quimioterapia. Nesse sentido é necessário destacar que há uma relação entre fatores sócio-econômicos e o câncer de estômago. Dados de PARKIN et al. (1993 apud PINTO, 2007) indicam que nos grupos populacionais com menor nível de renda a frequência desse câncer é maior que entre os grupos de alta renda. Referindo-se especialmente ao sexo feminino, leia-se os casos de câncer de colo de útero, aqui, não se pode deixar de mencionar que a expansão da epidemia do tabagismo entre as mulheres possui uma forte relação com as estratégias de marketing da indústria do tabaco.

Em se tratando de doenças do aparelho circulatório, os custos totais de suas hospitalizações alcançaram R\$ 723.169.661,35 e os custos atribuíveis ao tabaco foram responsáveis por R\$ 73.899.183,17 (10,22%), considerando-se a primeira fórmula. Como para as outras doenças, a aplicação da segunda fórmula resultou em montantes mais expressivos, de R\$ 145.757.575,25 (20,16%).

Os custos foram distribuídos conforme a tabela 11:

Tabela 11 - Custos totais e tabaco-relacionados de hospitalizações por doenças do aparelho circulatório, SUS, 2005

Doenças	Custo total das hospitalizações	Custo total das hospitalizações atribuíveis ao tabagismo			
		1a fórmula	%	2a fórmula	%
Isquêmicas do Coração	459.535.027,90	46.766.509,44	10,18	91.930.948,69	20
Cerebrovasculares	180.414.849,60	18.438.406,35	10,22	38.506.592,59	21,34
Artérias, arteríolas e capilares	83.219.783,67	8.694.267,36	10,45	15.320.033,97	18,4
Total	723.169.661,20	73.899.183,15	10,22	145.757.575,30	20,16

Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos de PINTO, 2007

De acordo com dados do Instituto do Coração de São Paulo (InCor), as doenças cardiovasculares são a principal causa de novas internações e de mortalidade no Brasil e nos países desenvolvidos. Isso explica os altos custos absolutos de hospitalizações. Entre os

fatores que predisõem uma pessoa a desenvolver esses tipos de doenças estão a vida sedentária, sem a prática de exercícios físicos e a alimentação industrializada, rica em gorduras, além do tabagismo, que ainda tem grande prevalência na população brasileira. Portanto, a redução do número de fumantes já ajudaria a diminuir esse grave cenário.

Já com relação às doenças respiratórias, os custos totais das hospitalizações resultaram no valor de R\$ 189.952.995,36. Na análise do montante atribuído ao tabagismo, pela primeira e segunda fórmula, os custos totalizaram R\$ 23.877.056,73 e R\$ 78.266.914,53, correspondendo a 12,57% e 41,20%, respectivamente, dos custos totais.

Os custos totais se subdividem de acordo com a tabela 12:

Tabela 12 - Custos totais e tabaco-relacionados de hospitalizações por doenças do aparelho respiratório, SUS, 2005

Doenças	Custo total das hospitalizações	Custo total das hospitalizações atribuíveis ao tabagismo			
		1a fórmula	%	2a fórmula	%
Bronquite e enfisema	94.657.651,57	15.668.854,00	16,55	64.706.931,10	68,36
Pneumonia e influenza	95.295.343,79	8.208.202,74	34,38	13.559.983,43	14,23
Total	189.952.995,36	23.877.056,73	12,57	78.266.914,53	41,20

Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos de PINTO, 2007

Os percentuais dos custos totais das hospitalizações atribuídas ao tabagismo sobre o custo total das hospitalizações por doenças do aparelho respiratório foram os maiores se comparados às neoplasias e às patologias do aparelho circulatório. Isso permite concluir que caso haja diminuição/aumento no consumo de produtos derivados do tabaco, haverá uma relação direta com a redução/ampliação dos casos e conseqüentemente dos óbitos das doenças respiratórias. Isso porque, a fumaça exalada do tabaco influencia diretamente na qualidade do ar que todos respiramos, principalmente para os não-fumantes, pois já há estudos que comprovam os malefícios do contato contínuo com a fumaça à essa parcela da população.

Após a análise do percentual dos custos das doenças atribuível ao tabagismo perante os custos totais das doenças tabaco-relacionadas vale ainda fazer um comparativo entre os valores monetários pagos pelas hospitalizações atribuídas ao fator do tabagismo e os custos totais das hospitalizações, no mesmo ano. Isso mensurará a magnitude da carga econômica para o SUS das hospitalizações que foram realmente causadas pelos malefícios do tabaco.

As hospitalizações por todas as causas custaram ao SUS R\$ 3.809.446.536,39 para indivíduos de ambos os sexos com mais de 35 anos. Desse montante, de acordo com a

primeira fórmula, 2,92% (R\$ 111.293.043,19) foram atribuídos às internações associadas ao tabagismo referentes aos três grupos de causas analisadas neste trabalho. Quando a análise é realizada conforme a segunda fórmula da FAT, os resultados são superiores, alcançando 6,90% (R\$ 262.965.161,14) dos custos totais.

Estendendo o debate aos procedimentos de alta complexidade, como a quimioterapia, os custos totais, englobando todos os motivos, no ano de 2005, foram de R\$ 578.348.585,21. Dessa quantia, 35,64% são relativos às três doenças aqui analisadas, perfazendo o valor de R\$ 206.118.897,51. E desse total, de acordo com a fórmula um, 12,68%, ou seja, R\$ 26.134.776,41 foram atribuídos ao tabagismo e, calculando através da fórmula dois, tem-se R\$ 75.727.354,88 ou então 36,74% do valor total da somatória das três doenças analisadas imputadas ao tabagismo. Sendo assim, os custos para a realização dos procedimentos de quimioterapia associados ao tabagismo representaram 4,52% (primeira fórmula) e 13,09% (segunda fórmula) dos custos totais da produção desses procedimentos para todos os tipos de câncer.

De uma forma geral, pode-se apresentar os valores da seguinte forma: considerando-se o cálculo dos custos a partir da primeira fórmula, os resultados dos custos sob a perspectiva do órgão financiador em relação a toda produção do SUS, em 2005, para indivíduos acima de 35 anos, foi de 2,9% dos custos totais das hospitalizações e 4,52% dos procedimentos de quimioterapia. Na análise dos resultados pela aplicação da segunda fórmula, os custos com hospitalizações representaram respectivamente 6,90% e 13,09% dos custos totais com a realização de procedimentos de quimioterapia. Tais resultados podem ser considerados sub-estimados pelo fato de não terem sido incorporados os custos de determinados insumos importantes no tratamento das doenças aqui estudadas, como a radioterapia e outros procedimentos de alta complexidade demandados durante o processo, tendo em vista que somente os custos da produção de procedimentos quimioterápicos foram extraídos dos formulários APAC-ONCO.

Entretanto, se a comparação é limitada a apenas aos custos totais das patologias analisadas nesta perspectiva (câncer, aparelho circulatório e aparelho respiratório), os valores se elevam: os custos atribuíveis ao tabagismo para as doenças do aparelho respiratório representaram 12,57%, enquanto que para câncer foram de 12,54% e para as enfermidades cardiovasculares de 10,22%. Na comparação com o montante total, os custos atribuíveis ao tabagismo representaram 11,18% dos custos para a produção de hospitalizações e procedimentos de quimioterapia no SUS. Como nas outras análises, a aplicação da segunda fórmula resultou em custos atribuíveis ao tabagismo superiores: 27,55% dos custos totais de

hospitalizações e procedimentos de quimioterapia, para os três grupos de doenças analisadas, foram atribuíveis ao tabagismo, em 2005, dos quais as patologias do aparelho circulatório foram responsáveis por 20,16%, as neoplasias por 36,28% e as enfermidades respiratórias por 41,20%.

Portanto, apesar de, em termos absolutos, os custos associados ao tabagismo calculados não terem apresentado valores extremamente elevados, em termos relativos, considerando apenas os três grupos de patologias analisadas, esses achados são bem significativos. Esse levantamento de informações mostra a magnitude da carga econômica do tabagismo que recai sobre o sistema público de saúde, com implicações acerca das ações e estratégias para o controle do tabagismo no Brasil.

Já, sob a perspectiva hospitalar, o assunto é tratado de forma diferenciada, abordando especificamente os custos da assistência médica prestada aos casos de câncer de pulmão, laringe, esôfago, angina pectoris e Doença Isquêmica Crônica do Coração (DICC) associados ao tabagismo, através da classificação dos custos por patologia.

Os custos totais para as três primeiras doenças somam-se entre consultas, exames, quimioterapia, radioterapia, internação, procedimentos cirúrgicos, gases medicinais, hemoderivados, dieta e medicamentos ambulatorio. Já os custos totais das outras duas doenças subdividem-se em profissionais, dieta, consultas, exames, procedimentos de demodinâmica, internação, procedimentos cirúrgicos e hemoderivados.

O custo médio total de câncer de pulmão foi de R\$ 28.902,09, de câncer de laringe alcançou R\$ 37.528,96 e de esôfago foi de R\$ 33.163,86. A mediana dos custos totais do tratamento dos pacientes com câncer de laringe foi a mais elevada, alcançando R\$ 38.766,52 e variou de R\$ 17.528,21 a R\$ 44.946,29, considerando-se o 1º e o 3º quartil, enquanto que para tratar pacientes com câncer de esôfago, os custos foram de R\$ 31.882,43, com variação entre R\$ 14.484,84 e R\$ 40.906,26. O custo mediano da assistência de pacientes com câncer de pulmão foi mais reduzido, totalizando R\$ 26.028,52 e variou de R\$ 12.977,31 a R\$ 42.933,43. O custo médio ponderado das três neoplasias foi similar aos custos médios.

A composição desses custos revela que no caso de câncer de pulmão, a radioterapia (52,64%) registrou o maior custo, seguida pelos custos com hospitalizações (20,13%) e exames (10,32%). No que se refere ao câncer de laringe, a composição dos custos indica, como no câncer de pulmão, que a radioterapia foi responsável pelos maiores custos (52,64%), seguida da internação (22,66%) e consultas (8,85%). Seguindo a linha, o arranjo dos custos de câncer de esôfago é similar ao observado para pulmão e laringe, os maiores montantes estão

associados à radioterapia com 59,94% do total, seguidos pelos custos com internações (18,89%) e procedimentos cirúrgicos (9,11%).

Com relação as duas demais doenças, ou seja, as de cunho cardíaco, os custos médios globais ponderados da assistência de angina pectoris foram de R\$ 33.130,03 e de DICC foram um pouco menores, de R\$ 29.686,93. Vale ressaltar que foram custos ditos “globais ponderados”, pois houve uma grande discrepância entre os custos médios para ambos os sexos. O fato, portanto, é que os custos médios das mulheres (R\$ 19.612,69) foram inferiores para angina pectoris, que os dos homens (R\$ 31.464,74). Em termos relativos, essa diferença chega a 60,43%. Em relação aos custos medianos de angina pectoris, estes totalizaram R\$ 27.135,30, variando entre R\$ 13.309,15 e R\$ 43.803,51. A mediana dos custos de DICC foi mais reduzida R\$ 17.445,26, e variou entre R\$ 7.740,74 e R\$ 31.169,42. Os custos médios ponderados para essas duas enfermidades foram semelhantes aos custos médios totais.

Na composição dos custos da assistência de pacientes com angina pectoris, os profissionais (30,72%), procedimentos cirúrgicos (26,96%) e hospitalização (26,33%) foram os itens de custos que representaram os maiores montantes. Já a constituição dos custos de DICC, indica que os profissionais como os mais elevados (35,95%). Em sequência, os custos com internação (32,94%) e com exames (17,74%) foram os mais representativos.

Tais resultados indicam a magnitude do problema do tabagismo ao demandar a realização de procedimentos de alta complexidade, como quimio e radioterapias, o que tem como consequência óbvia um alto custo monetário ao sistema, para o tratamento das doenças a que está associado.

Cabe ainda salientar, o alto grau de letalidade das neoplasias aqui referenciadas. Dentro da amostra analisada pela economista, do total de 127 pacientes com câncer de pulmão, 94,49% foram a óbito e de 80 pacientes com câncer de laringe, este percentual foi de 71,25%. Chama a atenção também a alta porcentagem de óbitos do câncer de esôfago, característica desta neoplasia, pois 32 pacientes foram a óbito (91,42%).

Sendo assim, como observado, muito se gasta na tentativa de sobrevida dessas pessoas, contudo poucos realmente obtêm uma melhora significativa nessas doenças. Conclui-se assim que o problema do tabagismo ultrapassa as questões individuais, posto que uma parcela importante dos orçamentos destinados aos sistemas de saúde tem sido aplicada no tratamento de pessoas que, em sua maioria, não poderão contribuir posteriormente para a economia do país, seja porque não sobreviveram ao tratamento ou pelo motivo de aposentadorias precoces. Já que os recursos são limitados, seria mais interessante investir na prevenção dessas patologias do que no tratamento das mesmas. Logo, os governantes,

responsáveis por zelar pela saúde e promover o bem-estar da população, deveriam repensar o modo como administram o sistema de saúde brasileiro, no sentido de enfatizarem suas ações em políticas de prevenção do que em recuperação. Corrobora ainda isso, o fato dessas políticas preventivas custarem aos cofres públicos muito menos do que eles tem gastado atualmente com o tratamento das doenças. Muitas intervenções custam pouco para implementar e proporcionam grandes benefícios financeiros aos países, ao reduzir os custos dos serviços de saúde.

Aliada às políticas de prevenção, os governantes devem utilizar-se de medidas de combate ao uso do tabaco com o objetivo principal de diminuir o consumo do mesmo e, conseqüentemente, os malefícios que essa prática causa à saúde dos indivíduos. Perante isso, é fundamental analisar as estratégias dos órgãos governamentais para o controle do uso do tabaco e propor mudanças nesse cenário.

A afirmação abaixo de Pinto (2007) encerra esse debate e dá ensejo às discussões do próximo capítulo:

sob a perspectiva da política de saúde, é fundamental que sejam implantadas estratégias pelos gestores do SUS, em todos os níveis, que visem à estruturação das etapas da atenção à saúde, mas com ações que permitam a sua articulação. As questões relacionadas ao tabagismo estão presentes em cada uma dessas etapas, desde a promoção até os cuidados paliativos. A adoção de estratégias de prevenção e assistenciais, como a ampliação da oferta de tratamento do fumante do SUS, bem como a articulação entre a política de saúde e a política econômica, através do aumento dos preços dos cigarros, são estratégias oportunas para reduzir os danos causados pelo tabaco e deveriam ser o foco dos gestores de saúde, caso se pretenda uma redução maior na prevalência desse fator de risco e da incidência de doenças tabaco-relacionadas para as próximas décadas (p. 183).

4 ESTRATÉGIAS DOS ÓRGÃOS GOVERNAMENTAIS EM RELAÇÃO AO USO DO TABACO

Apresentado o problema do tabagismo no Brasil e o papel fundamental do Setor Público na promoção do bem-estar social de sua população, confere a esse capítulo o objetivo de identificar e analisar as estratégias e medidas adotadas na área econômica, pelos órgãos governamentais e não-governamentais, em relação à esse problema.

Apesar de não existir nenhuma intervenção-chave para o controle do tabagismo, o consenso atual sobre esses programas sugere que as intervenções mais eficazes são aquelas que visam à redução do consumo do fumo, pela desestimulação da demanda consumidora, como é o caso do aumento de preços e impostos dos produtos, da informação ao consumidor sobre os malefícios causados pelo tabagismo, das restrições ao fumo em ambientes fechados, das proibições às propagandas e patrocínios e a regulamentação dos produtos do tabaco. Já intervenções relacionadas à tentativa de diminuição da oferta, como a proibição do seu uso, restrições à venda a menores e substituição de culturas não dão bons resultados na redução do uso do fumo. Uma importante exceção a essa regra é o combate ao mercado ilegal (IGLESIAS, 2007).

Além dessas políticas de combate ao consumo do tabaco, há também políticas que visam ao controle. Elas têm como objetivo evitar a iniciação, estimular cessação e reduzir a exposição de não-fumantes à fumaça ambiental do tabaco.

O Estado é agente fundamental nesse processo, uma vez que ele é o responsável direto pela formulação e implementação dessas políticas. Muitas dessas intervenções custam pouco para implementar e proporcionam grandes benefícios sociais e financeiros aos países, ao reduzir os custos dos serviços de saúde. Outras intervenções podem ser financiadas mediante impostos sobre o tabaco, como acontece em alguns estados dos Estados Unidos e Austrália. Ao aplicar a receita dos impostos sobre tabaco em programas de prevenção e controle do mesmo, os governos podem salvar vidas, prevenindo doenças, em vez de pagar o atendimento médico dos que sofrem de doenças provocadas pelo tabaco.

As políticas de saúde pública dão melhores resultados quando reforçadas por outras ações em diferentes níveis. Ao implementar políticas em programas complementares, os governos podem aumentar a eficácia de ambos. Um caso dessa relação seria, por exemplo, uma intervenção pública através do aumento de um imposto incidente sobre o tabaco e uma maior fiscalização das fronteiras do país. A primeira medida objetivaria a elevação do preço

do produto no mercado interno, entretanto poderia causar uma fuga dos consumidores de menor renda para o mercado ilegal, na busca por produtos a preços mais baixos. Todavia, o problema do mercado ilegal tem ligação direta com o monitoramento e a fiscalização das fronteiras do país, onde se verifica o comércio e a distribuição desses produtos. Deste modo, aliando simultaneamente essas duas políticas, pode-se obter melhores resultados do que se somadas as duas, separadamente. Têm-se, portanto, nesse pequeno exemplo, uma clara ideia do papel fundamental do Estado nesse processo de combate ao consumo do tabaco.

4.1 POLÍTICAS DE CONTROLE

Políticas de controle são um importante componente da economia de um país no que se refere à manutenção da saúde da população. Dentro dessas políticas busca-se, em geral, a prevenção da iniciação, o estímulo a cessação e a redução da exposição de não-fumantes à fumaça ambiental do tabaco, pois todas as pessoas têm o direito fundamental de respirar ar limpo. Explicar de que forma o governo brasileiro opera nesse sentido é a finalidade dessa seção.

O país já desenvolveu uma base sólida de atuação nesse sentido: o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Ele é desenvolvido pelo INCA, desde 1989, em parceria com as 27 secretarias estaduais de saúde e visa sistematizar ações educativas e mobilizar ações legislativas e econômicas, de forma a criar um contexto que: reduza a aceitação social do tabagismo, diminua os estímulos para que os jovens comecem a fumar e os que dificultam os fumantes a deixarem de fumar, proteja a população dos riscos da exposição à poluição tabagística ambiental, restrinja o acesso aos derivados do tabaco, aumente o acesso dos fumantes ao apoio para cessação de fumar, controle e monitore todos os aspectos relacionados aos produtos de tabaco comercializados, desde seus conteúdos e emissões até as estratégias de comercialização e de divulgação de suas características para o consumidor (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

As ações legislativas e econômicas representam as mediações sociais potencializadoras das ações educativas. O objetivo é criar leis que resultem em mudanças políticas, ambientais e econômicas para reforçar as mudanças de comportamento necessárias à redução da incidência e mortalidade do câncer e de outras doenças relacionadas ao tabagismo.

Deixar de fumar é muito difícil, devido ao alto grau de dependência causado pela nicotina. “De cada dez fumantes, sete tem tentado deixar o cigarro ao menos uma vez em suas vidas, porém, de cem, somente três conseguem abandonar sozinhos esta adição”. (ARAÚJO, 2008 apud INCA, 2010). Mas as probabilidades de êxito aumentam muito com aconselhamento e tratamento farmacêutico. O aumento da cobertura dos programas de cessação do tabagismo com o acesso aos medicamentos para tratar a síndrome de abstinência, é uma medida fundamental para impactar na redução da prevalência do tabagismo e na morbimortalidade pelas doenças tabaco-relacionadas. Os tratamentos farmacológicos para a cessação ainda têm um custo elevado para grande parte da população fumante. Os custos da bupropiona, da goma de mascar e do adesivo de nicotina, por exemplo, têm sido suportados pelos governos brasileiros com o custo médio de R\$428,00 (ARAÚJO, 2008).

Os sistemas nacionais de saúde portanto devem incluir o apoio a essas intervenções, remunerando profissionais de saúde que proporcionam aconselhamento aos fumantes, implementando linhas telefônicas de chamada grátis e outras medidas para ajudar a cessação do tabagismo. De acordo com a PNAD (2008), 57,1% dos fumantes já foram advertidos clinicamente a parar de fumar.

As campanhas nos meios de comunicação de massa podem ser usadas para informar o público sobre os malefícios e promover o apoio a outras medidas de controle do tabaco. Para maior eficiência, as campanhas devem utilizar propaganda paga na imprensa, televisão e rádio de modo a assegurar visibilidade. De acordo com o PNAD (2008), 73,1% das pessoas afirmaram ter observado informações anti-cigarro nos meios de comunicação.

A ação local também reforça as mensagens nacionais e promove o apoio à políticas mais incisivas contra o tabaco. O apoio aos governos locais ou grupos comunitários pode ajudar a envolver os cidadãos ao implementar e aplicar políticas de combate ao fumo e ajustar as intervenções nacionais às diversas necessidades de cada comunidade.

As organizações não-governamentais têm desempenhado papéis importantes nesse aspecto. As associações médicas e outras sociedades de profissionais da saúde, organizações beneficentes como as sociedades de câncer e associações cardiológicas e coalizões de controle do tabaco podem proporcionar conhecimentos especializados sobre as questões, despertar a conscientização pública e tornar disponíveis programas educativos, de prevenção e cessação.

4.2 POLÍTICAS DE COMBATE

Há duas formas de combater efetivamente o uso do tabaco: redução da oferta e/ou diminuição da demanda. Sendo, comprovadamente, a segunda mais eficaz que a primeira, através de estudos na área. Demonstrar essas duas vertentes de combate é o objetivo dessa seção.

4.2.1 Oferta

Inúmeras são as tentativas de diminuição da disponibilidade de produtos derivados do tabaco no mercado brasileiro, como a proibição do seu uso, restrições à venda a menores e substituição de culturas; contudo, pouco surtem efeito no combate e no controle efetivo de sua oferta. (IGLESIAS et al., 2007). A única política nesse sentido que gera bons resultados são medidas relacionadas ao fim do mercado ilegal, o que significaria ações contra a evasão fiscal (produto fabricado no Brasil sem o devido pagamento dos tributos), a falsificação (produto falsificado, comercializado em território brasileiro) e principalmente, o contrabando (produto que entra ilegalmente no país). Portanto, o objetivo desse item é explorar a questão do mercado ilegal de cigarros, no Brasil.

Segundo o estudo sobre o Controle do Tabagismo no Brasil, em 2006, o mercado ilegal representava cerca de 30% do mercado total de cigarros. Sendo que 30% advém da evasão fiscal, 60% do contrabando e 10% da falsificação.

De acordo com a Souza Cruz (2010), as conseqüências do comércio ilegal são graves: redução do número de empregos formais, baixa utilização do parque da indústria nacional - com alto percentual de capacidade ociosa, e evasão fiscal - com injeção de recursos no financiamento do crime organizado.

A existência de cigarros ilegais a preços substancialmente mais baixos atrai para esse mercado, consumidores com alta elasticidade aos preços relativos do produto, já que eles são substitutos perfeitos dos fabricados legalmente e os principais fatores que levam à opção por produtos ilegais são preços mais baixos e disponibilidade. Essa característica de elevada elasticidade-preço em relação a bens não-alimentares são mais comumente encontradas entre jovens e pessoas de baixa renda. Logo, pressupõe-se, que é por essa razão que há um crescimento do consumo entre essas classes e, por conseqüência, nas estatísticas de adoecimento e morte relacionadas às doenças provocadas pelo fumo. (INCA, 2010)

A inexistência de pagamento dos referidos tributos pelas empresas que operam no mercado ilegal não somente possibilita o deságio entre os preços praticados no mercado informal e formal, como também a prática de elevada margem de lucro pelos distribuidores. Essa distorção faz com que os produtos ilegais encontrem forte demanda nas camadas sociais menos favorecidas. O preço médio praticado no mercado ilegal apresenta uma discrepância de cerca de 48% em relação ao mercado legal (SOUZA CRUZ, 2010). Ou seja, os cigarros ilegais são vendidos quase pela metade do preço em relação ao cigarro legalizado.

Enquanto que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - impõe uma série de exigências, tais como análises detalhadas de teores, ingredientes e constituintes, o que demanda um alto investimento em tecnologia e um rígido controle de qualidade para comercialização de produtos de tabaco, as empresas que não seguem tais determinações permanecem à margem de qualquer tipo de regulamentação, fiscalização ou controle sanitário. Esta prática, além de potencialmente prejudicar o consumidor, configura concorrência desleal, visto que algumas empresas são obrigadas a realizar altos investimentos e incorrer nestes custos, enquanto que outras nada fazem, o que reflete diretamente no preço final do produto.

Em muitos países, a disponibilidade e o fácil acesso ao tabaco contrabandeado barato prejudica os esforços nas tentativas de redução de seu uso e da mesma forma, da arrecadação dos impostos advindos de sua produção e comercialização. No Brasil, essa situação é ainda mais grave devido à grande extensão de suas fronteiras, ao fato de possuir países vizinhos com cargas tributárias menores, como Paraguai e Uruguai, e, que cada vez, há o desenvolvimento de um comércio internacional e a globalização do crime.

As estratégias mais utilizadas para aumentar o controle e reduzir a evasão fiscal, a falsificação e a clandestinidade são medidas como o cadastro de produtores, selos de controle, declarações especiais, penalidades adequadas, monitoramento das fronteiras e fiscalização permanente. Essas atitudes são de extrema importância pois a ampla disponibilidade de produtos advindos do contrabando enfraquece as políticas tributárias adotadas pelos governos para redução da demanda pelo consumo e também prejudica os cofres públicos da receita fiscal.

Iglesias resume esses pontos ao dizer que:

o mercado ilegal do tabaco fica fora do âmbito das políticas públicas existentes dirigidas ao controle do consumo funcionando sem os benefícios dos controles de saúde pública aplicados aos produtos legais, opera livre de impostos, que poderiam ser utilizados para financiar os altos custos sociais associados ao fumo e que

poderiam ajudar a regular os preços, e não fornece qualquer informação aos consumidores sobre os riscos associados ao consumo de cigarros. A falta de informações sobre os produtos do tabaco vendidos no mercado ilegal agrava a assimetria de informações de que os consumidores dispõem (2007, p. 34).

Sendo assim, além de serem comercializados a preços menores do que os praticados pelo mercado formal - o que, por ventura, ainda poderia elevar seu consumo -, a clandestinidade ainda obriga as empresas fabricantes de cigarros a reduzirem seus preços para não perderem consumidores, e conseqüentemente, fatias do mercado.

Para tentar conter o avanço do mercado ilegal e até erradicá-lo, é preciso examinar fatores ligados à oferta e à demanda. Do ponto de vista da demanda, a decisão de modificar a quantidade consumida de um ou outro tipo de cigarro depende basicamente dos fatores econômicos normais, como preço relativo e gosto, e das restrições institucionais ao funcionamento do mercado clandestino. Já, do lado da oferta, os cigarros reintroduzidos ilegalmente no Brasil, vindos do Paraguai, poderiam ser oferecidos em pontos de venda informais a preços substancialmente mais baixos do que os cigarros legais, e com lucros consideráveis, mesmo considerando os custos de transporte e as várias margens de intermediação. Em outras palavras, a oferta ilegal poderia minar os preços dos cigarros, conquistando substancial participação no mercado de produtos do tabaco, que foi o que ocorreu em cidades brasileiras durante os anos 90 (IGLESIAS et al., 2007).

Apesar de o Brasil já ter conseguido baixar alguns índices apresentados pelo mercado ilegal, contrabando de cigarros, principalmente, continua sendo o grande problema a ser resolvido nesse mercado. De acordo com o Anuário do Tabaco (2009), em 2008, a fatia do comércio de cigarros ocupada ilegalmente ainda situa-se na faixa de 28% (em 2007, era 29%; e já chegou a passar de 30% em alguns anos). No mesmo ano, teria movimentado em torno de 37 bilhões de unidades, o que equivale a aproximadamente R\$ 2,1 bilhões. Com isso, o governo deixou de arrecadar cerca de R\$ 1,7 bilhão em impostos. A Receita Federal tem buscado combater a sonegação fiscal no setor com a implementação, em 2008, do Sistema de Controle e Rastreamento de Produção de Cigarros (Scorpios), entre outras ações. Desta forma, a área de fiscalização anunciou que, em 2008, houve redução no mercado ilegal nacional de 250 milhões de carteiras de cigarros, ou R\$ 185 milhões (ANUÁRIO DO TABACO, 2009).

4.2.2 Demanda

Há duas formas de conter a demanda pelos produtos oriundos do tabaco. A primeira é através de medidas relacionadas diretamente com a política de preços e impostos adotada pelo governo, as quais são as mais efetivas no controle da demanda devido à inelasticidade do produto. E a segunda, não menos importante, refere-se às políticas públicas não-relacionadas aos preços e impostos, o que diria respeito a ações como a proibição da propaganda, o consumo em lugares fechados e a falta de informação aos consumidores. Ambas, atuando em conjunto, formam um excelente mecanismo de estímulo à redução da demanda por esses produtos. Portanto, explicar as medidas que o governo pode adotar para combater o uso do tabaco através da redução da demanda consumidora é o foco desse item.

4.2.2.1 Os impactos da política de preços e impostos

O aumento nos preços de produtos derivados do tabaco por meio de impostos mais altos, preconizado pela Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, é uma das políticas de controle com melhor custo/efetividade, especialmente entre os jovens, e mesmo que utilizada isoladamente. Esse fato é concomitante com um aumento de arrecadação tributária, mesmo com a redução da comercialização, devido à baixa elasticidade da demanda. Isso ocorre pelo fato da demanda por tabaco ser relativamente inelástica, ou seja, um aumento geral nos níveis de preços não resultará em um declínio da receita tributária. Ao contrário, irá aumentar, uma vez que a alteração no nível de preços não é inversamente proporcional ao nível da demanda, nesse caso, já que o preço não influi significativamente na demanda. Caracteriza-se dessa forma sua demanda, por ser um bem de extrema necessidade e de difícil substituição, devido ao vício que ele causa. Sendo assim, o consumo cairá em proporção menor do que o aumento da arrecadação gerada.

O preço alto evita que os jovens comecem a fumar e motiva os fumantes a largarem o cigarro ou reduzirem o seu consumo, com benefícios diretos à saúde. Os impostos sobre o fumo têm um efeito maior na redução do consumo entre os grupos de renda mais baixa, jovens e pessoas com menores níveis de instrução, pois tendem a ter uma resposta mais imediata a tal medida, pois são mais influenciados pelos preços em suas decisões de consumo.

Apesar de a indústria do fumo sempre argumentar que o aumento de preços leva mais fumantes para o mercado informal (cigarros contrabandeados), um estudo realizado em 2006, no Brasil, aponta elasticidades-preço no curto e longo prazos de -0,25 e -0,42, respectivamente. Estes resultados revelaram que, no curto prazo, um aumento de 10% reduziria o consumo em 2,5% e, no longo prazo, em 4,2%. Os impostos também são mais eficazes no longo prazo do que no curto prazo, pois os consumidores dependentes tendem a mudar seus hábitos, lentamente. Além disso, o aumento também deverá reduzir o número de mortes causadas pelo tabagismo que no Brasil atualmente é de 200 mil por ano (IGLESIAS, 2007).

Embora não exista um nível tributário "ótimo", países com políticas de controle amplas e eficazes geralmente cobram um imposto entre 2/3 a 4/5 do preço do tabaco no varejo. É importante também adotar aumentos regulares do imposto para assegurar que o tabaco não se torne mais acessível em resultado da inflação e da elevação da renda. (BANCO MUNDIAL, 1999)

O aumento dos impostos pode fomentar o contrabando, na busca por preços menores. Porém isso somente ocorrerá se houver uma considerável discrepância de preços entre os países vizinhos e se não forem levadas a sério a fiscalização das fronteiras. Já o movimento contrário, de redução de tributos em resposta ao contrabando, provocará um decréscimo muito maior na receita do que uma combinação de impostos elevados com a aplicação da lei.

4.2.2.2 Os impactos das políticas não-relacionadas aos preços e impostos

De acordo com o Banco mundial (1999), a população, em geral, principalmente dos países em desenvolvimento, desconhecem todos os riscos, bem como não têm informação sobre as possibilidades de contrair doenças, e, quando sabem, por muitas vezes subestimam os malefícios causados pelo tabagismo.

A maioria dos fumantes adquire o vício do tabagismo quando ainda muito jovens, geralmente na adolescência. Nessa idade, eles têm menos capacidade do que os adultos de tomar decisões bem informadas sobre o que, via de regra, se transforma numa dependência para toda a vida.

Os usuários desses produtos ainda podem impor aos outros o custo de sua escolha. Sendo ele financeiro, quando os sistemas de atenção à saúde são financiados pelos cofres

públicos e têm de proporcionar suporte às doenças causadas pelo uso do fumo; e físico, quando os não-fumantes ficam expostos à fumaça perniciosa do tabaco, em seus domicílios e lugares públicos, causando doenças.

Nesse sentido, pesquisas sobre as causas, conseqüências e custos do uso do tabaco fizeram com que as pessoas ficassem mais conscientes sobre os riscos causados pelo tabagismo para a saúde e contribuíram para a criação de um ambiente favorável para a implementação de políticas destinadas ao seu controle.

Por esses motivos, pesquisas na área e a divulgação dos resultados, bem como proibições de propagandas, patrocínios e promoção do produto, e também a criação de lugares livres do tabaco, são componentes fundamentais de um conjunto de mecanismos, não relacionados ao preço, para o controle do tabagismo.

4.2.2.2.1 Informações aos consumidores

O impacto da informação é diferente de acordo com a idade e o nível de educação da população. De uma forma geral, quanto mais alto for o nível de escolaridade, mais rápida será a mudança de comportamento como resultado de novos dados informados sobre os perigos à saúde gerados pelo tabagismo (IGLESIAS, 2007). Informações aos consumidores, como a divulgação de pesquisas sobre os efeitos do tabagismo na saúde, a advertência de saúde nas embalagens, as campanhas nos veículos de massa e os programas de educação escolar são instrumentos que podem colaborar para a diminuição do uso do fumo.

Já se constatou que a divulgação pública de informações de saúde, e sua conseqüente conscientização por parte da população sobre os malefícios causados pelo cigarro, é eficaz, geralmente exercendo maior impacto quando iniciada em locais onde são baixos os conhecimentos sobre efeitos nocivos à saúde. Entretanto, evidências vindas dos países desenvolvidos, demonstram que os mais jovens parecem responder menos que os adultos às informações sobre as conseqüências do fumo para a saúde, pois, aparentemente, a promoção da saúde é contra-atacada pela propaganda comercial. (INCA, 2010)

Os maços de cigarros não fornecem aos consumidores informação adequada sobre o produto que eles estão adquirindo e sobre os riscos associados ao seu consumo. Com o objetivo de informar a dimensão dos riscos, desconstruir a imagem e o apelo das embalagens e estimular a cessação do tabagismo, desde 2001, os fabricantes ou importadores de produtos

de tabaco no Brasil são obrigados por lei a inserirem advertências sanitárias acompanhadas de fotos que ocupam 100% de uma das maiores faces dos maços de cigarros, acompanhadas do número do telefone do Disque Saúde - Pare de Fumar, serviço de atendimento telefônico gratuito do Ministério da Saúde que tem como objetivo apoiar fumantes a deixarem de fumar.

Estudos sobre dependência de drogas mostram que a visualização de advertências sanitárias impactantes, com imagens nos maços de cigarros, além do potencial de informar sobre os riscos do tabagismo pode também motivar a cessação de fumar. A eficiência dessa função depende da sua capacidade de traduzir a real dimensão dos riscos que os fumantes correm ao consumir os produtos de tabaco, portanto, os avisos ocuparem grande parte da embalagem, forem claros e incluam palavras fortes e efeitos específicos.

A abordagem utilizada mundialmente tem ênfase na perda e no uso de imagens com aspectos negativos, em oposição ao maço como propaganda. Documentos da indústria do tabaco mostram que as embalagens são cuidadosamente planejadas com cores e formatos para criar um elo positivo entre o produto e os consumidores, usado-a como forma de propaganda para conquistar novos fumantes, principalmente em países onde esta é proibida, como o Brasil. As advertências sanitárias representam uma contraposição à utilização das embalagens como forma de propaganda para induzir o consumo. A iniciativa representa uma grande oportunidade de usar a própria embalagem para alertar seus usuários sobre os riscos e estimular a cessação. O Brasil foi o segundo país a adotar essa medida no mundo, depois do Canadá (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Ao contrário de outros produtos onde a embalagem é descartada depois de aberta, os fumantes geralmente mantêm o maço até consumir todos os cigarros. Ou seja, os maços ficam 24 horas por dia com os fumantes, que os levam para todos os lugares, deixando-os constantemente expostos. Por isso, as embalagens funcionam como uma forma de propaganda, permitindo um alto grau de visibilidade social do produto. Além disso, as advertências podem mudar a imagem dos cigarros e outros derivados do tabaco, especialmente entre adolescentes e adultos jovens, e aumentar nos fumantes a motivação de abandonar o consumo.

Elas ainda representam uma das medidas com melhor relação custo-efetividade, tendo em vista que o ônus de sua divulgação é do fabricante, e por se tratar de uma medida reconhecida cientificamente como efetiva para informar toda a sociedade sobre a dimensão dos riscos do tabagismo.

Uma pesquisa de opinião realizada no Brasil, em 2002, pelo Instituto de Pesquisas Datafolha sobre o impacto das advertências foi realizada pelo DATAFOLHA revelou que,

depois verem as advertências sanitárias nos maços de cigarro, 54% dos fumantes entrevistados mudaram de idéia sobre as consequências causadas pelo tabagismo na saúde, 67% dos fumantes disseram ter sentido vontade de deixar de fumar, e segundo 70% dos entrevistados, as imagens de advertências são muito eficientes para evitar a iniciação.

É possível que esse instrumento não atinja os pobres em países de renda baixa e média, onde os cigarros são comprados um de cada vez, e não em maços, ou onde são vendidos cigarros fabricados ilegalmente, sem qualquer tipo de advertência. Porém, cada vez mais os cigarros falsificados estão exibindo advertências, sendo vendidos em maços no varejo, diferindo apenas na falta ou falsificação do selo de controle, imposto pelo Ministério da Saúde para controle dos produtos legalizados.

São também eficientes nesse sentido de informar os consumidores sobre os males causados pelo uso do tabaco, as campanhas de mídia. De acordo com a PNAD 2008, no Brasil, 67% do total das pessoas entrevistadas informaram ter observado as campanhas veiculadas pela televisão ou rádio, tendo em vista o combate ao uso de cigarro.

Com relação aos programas de educação escolar, verificou-se que logram menor êxito, dado o fato de que a sua efetividade se dissipa ao correr do tempo, especialmente na falta de outras intervenções, a quando comparados com intervenções mais efetivas em relação ao seu custo.

4.2.2.2.2 Proibições sobre Propaganda, Promoção e Patrocínios

A propaganda é um importante fator para a promoção do hábito de fumar e para reforçar seu uso, em particular, entre os jovens. Logo, a sua proibição se comprova como uma medida eficaz no combate ao uso do produto. Existe consenso de que restrições parciais à propaganda não funcionam, já que a indústria do tabaco tende a explorar outros meios e táticas alternativas de promoção.

Uma ampla proibição deve incluir a propaganda direta, promoção indireta mediante patrocínio de esportes e eventos culturais, a promoção mediante produtos e serviços como camisetas, caixas de fósforo e agências de viagem. Deve incluir também todos os meios de comunicação: rádio, televisão, internet, imprensa, propaganda ao ar livre e no ponto de venda. (INCA, 2010)

Embora tal proibição esteja enfrentando os argumentos da indústria do tabaco, como os relacionados à idéia de livre comércio e aos processos judiciais movidos pelas empresas, baseados em aspectos constitucionais e relativos à liberdade de expressão, no Brasil, desde 2000, a publicidade de derivados do tabaco não é permitida em grandes mídias como TV, outdoors e jornais. Sua divulgação só é possível nos pontos internos de venda.

Nesse aspecto, de acordo com a PNAD 2008, a publicidade em pontos de venda de cigarros foi percebida por 38,2% dos fumantes e por 29,9% dentre os não fumantes. A publicidade relacionada aos cigarros em outros locais que não fossem de venda de cigarros ou em eventos esportivos foi percebida por 20,1% dos fumantes e por 21,5% dentre os não fumantes.

4.2.2.2.3 Proibições do Fumo em Locais Públicos e nos Locais de Trabalho

Não são somente os fumantes que tem a saúde prejudicada pelo tabaco. Os não-fumantes expostos à fumaça também correm grande risco de desenvolverem doenças ligadas ao tabagismo. A inalação da fumaça resultante da queima de derivados de todo tipo de tabaco, por não fumante, constitui o chamado tabagismo passivo, exposição involuntária ao tabaco ou a poluição tabagica ambiental. O tabagismo passivo é considerado a terceira causa de morte evitável no mundo, após o tabagismo ativo e o alcoolismo (ANS, 2009). Estudos identificaram muitos efeitos danosos do fumo passivo sobre a função respiratória, doenças cardíacas e desenvolvimento infantil. Fumantes passivos têm um risco 23% maior de desenvolver doença cardiovascular e 30% mais chances de ter câncer de pulmão. Além disso, têm mais propensão à asma, redução da capacidade respiratória, 24% a mais de chances de infarto do miocárdio e maior risco de arteriosclerose (INCA, 2010). Essas conclusões sobre os efeitos negativos do fumo passivo acrescentaram uma nova dimensão aos argumentos em defesa de políticas legais direcionadas à restrição do fumo em locais públicos e de trabalho.

Essa medida geralmente é imposta para proteger os não-fumantes dos danos causados pela inalação da fumaça, mas ela também cria um obstáculo para os fumantes, forçando-os a mudarem seus hábitos, oferecendo um incentivo a deixar de fumar, podendo também, pela influência que exercem sobre as percepções da aceitabilidade social do tabagismo, dissuadir os iniciantes. Dessa forma isso pode ajudar a criar empecilhos para o fumante e também a

estigmatizar a prática, conduzindo a mudanças nas normas sociais. Contudo, para terem impacto, essas regulamentações precisam ser cumpridas.

A exposição de pessoas fumantes e não fumantes à fumaça de produtos de tabaco é uma questão relevante para as políticas de saúde. Os locais em que essa exposição ocorreu foram: 24,4% no trabalho, 27,9% em casa e 9,9% em restaurantes (PNAD, 2008). É nesse sentido, que o governo federal, estadual e municipal vêm criando ambientes livres do tabaco. Abrangem essa política, locais públicos fechados como escolas, hospitais, locais de trabalho, bares, restaurantes e até o transporte público. E quando permitidas áreas para os fumantes, os chamados fumódramos, eles devem ser separados e bem arejados. (INCA, 2010)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este último capítulo tem por finalidade encerrar este debate, apresentando as principais conclusões deste trabalho, que buscou evidenciar a relação dicotômica da indústria do tabaco, bem como o papel que o Estado deve desempenhar nessa questão. Além disso, esse capítulo ainda procurará apresentar algumas recomendações relevantes acerca das medidas que o governo pode adotar para aproveitar economicamente melhor o setor e controlar de forma efetiva o uso do tabaco.

5.1 A DICOTOMIA

A fim de entender melhor a dicotomia existente na indústria do tabaco, relacionou-se na tabela 13, os dados apresentados anteriormente, referentes às receitas e aos custos.

Tabela 13 – A Dicotomia da Indústria do Tabaco: Receitas x Custos

RECEITAS	CUSTOS
Arrecadação Tributária: R\$ 8,5 bilhões	Doenças Tabaco-Relacionadas: R\$ 338 milhões
	Mortes: 200 mil
Exportações: R\$ 3 bilhões	Aposentadorias e Pensões Precoces
	Diminuição da Produtividade Laboral
Empregos diretos e indiretos: 2,4 bilhões	Meio ambiente
	Sufrimento das famílias
	Custo de oportunidade: Pesquisa e educação

Fonte: Elaboração própria a partir de dados apresentados nesse trabalho.

Diante dessa tabela, pode-se observar que as receitas provenientes da indústria do tabaco são bem superiores aos custos que foram possíveis de ser quantificados neste trabalho. Contudo, essa é uma questão que não envolve apenas dados econômicos, ela deve ser considerada ainda em seu ambiente social e ambiental. O número de mortes e o sofrimento das famílias são custos sociais impossíveis de serem mensurados e são principalmente esses que invalidam qualquer questionamento puramente econômico dessa indústria.

5.2 CONCLUSÃO

Perante ao que foi apresentado, conclui-se que o Estado Brasileiro não vem desempenhando satisfatoriamente sua função no setor da saúde, pois, na teoria, a Constituição afirma que esse é um direito de todos e um dever do governo, contudo, na prática, nem todos os cidadãos usufruem desse serviço e o governo não o oferece em quantidade suficiente para toda a população. Observa-se cada vez mais o crescimento dos planos de saúde, bem como a privatização de hospitais, e a conseqüente migração da busca desses serviços da forma pública para a forma privada. O abismo entre essas duas formas de serviço vem aumentando ao longo dos anos, através da piora do sistema público de saúde e da evolução do sistema particular. Não é necessário eliminar a forma privada desse serviço, uma vez que há pessoas que realmente optam por ele e podem pagar por um serviço de melhor qualidade, e desde que esse seja um sistema suplementar e complementar ao sistema público, não sendo predominante. Entretanto, é de fundamental importância que haja uma melhora significativa no sistema público de saúde, através da formulação e implementação de políticas públicas de saúde, visando o aumento da quantidade e da qualidade desse serviço.

Para que isso ocorra, é necessário que haja um sistema tributário justo e eficiente, pois, como já mencionado, é através dos tributos que o governo tem condições de oferecer esse tipo de serviço à população. Portanto, um sistema tributário justo seria aquele que produzisse a receita tributária desejada e que ao mesmo tempo maximizasse o bem-estar da sociedade, levando-se em conta o grau de equidade que se pretende atingir na mesma. Não há um tipo de imposto que seja o mais indicado para todas as ocasiões e para todas as finalidades. Um bom sistema tributário deveria incluir diversos impostos e diversas formas de cobrança.

A saúde, portanto, caracteriza-se como um bem meritório, pois, embora seja passível de exploração pelo setor privado, ela poderia ser totalmente ou em parte produzida pelo setor público, tendo em vista os benefícios sociais a ela associados. Isso porque, os serviços de saúde são submetidos ao princípio da divisibilidade em seu consumo, pois é possível quantificar seu uso por uma pessoa, contudo, eles também são caracterizados pela não-rivalidade em seu consumo, o que significa dizer, que não se pode excluir nenhum indivíduo de seu uso, pois todos os cidadãos tem esse direito. Ou seja, se por um lado, a individualização de seu consumo, esse tipo de serviço se enquadra na forma privada, por

outro lado, a não-rivalidade de seus benefícios, classifica-o dentro do setor público. Classifica-se, portanto, a saúde um caso intermediário entre os bens e serviços privados e públicos.

Dentro desse contexto da saúde, há o caso da indústria do tabaco. A economia do tabaco é um assunto cada vez mais presente na agenda pública internacional, principalmente após a elaboração do primeiro tratado mundial em saúde pública, desenvolvido sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde (OMS), que objetiva o controle da expansão global do consumo de tabaco e de suas conseqüências.

O Brasil acompanha esse movimento entre o conjunto de países-chave para o sucesso da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, devido a sua condição de segundo maior produtor e principal exportador mundial de tabaco. Além disso, o tabaco é o terceiro produto agrícola mais exportado, perdendo apenas para o café e a soja, significando cerca de 2% do total das exportações brasileiras (ANUÁRIO DO TABACO, 2009; SINDIFUMO, 2010).

A cadeia produtiva constitui um importante fator gerador de riqueza para o país, tanto do ponto de vista do comércio exterior quanto interno. Do ponto de vista do comércio internacional, o aproveitamento das oportunidades de exportação do produto industrializado na forma de cigarros pode contribuir para o aumento tanto da captação de divisas quanto da arrecadação tributária, além de ampliar a geração de empregos diretos e indiretos para o país, com a conseqüente ampliação da renda, do consumo e do produto nacional bruto. Contudo, o estudo das origens da cadeia produtiva do fumo no Brasil reafirma a concepção de economia colonial, no sentido de ainda permanecer amarrada a uma visão “plantacionista”, voltada para a exportação de produtos agrícolas, deixando de lado a exploração de atividades econômicas dos setores secundário e terciário. Foi comprovado que a exportação de cigarros industrializados é viável e gera maiores lucros - além de elevar os níveis internos de emprego, do que a exportação da folha do tabaco, sem valor agregado nenhum.

Perante o que foi apresentado, conclui-se que, o setor fumageiro é de grande relevância para a economia do País, bem como dos Estados, Municípios e das famílias envolvidas. Contudo ele vem se desenvolvendo de forma distorcida no Brasil – seja por razões históricas, legais, econômicas ou regulatórias. Parte dessa distorção deve-se ao modelo tributário vigente, que provoca impactos significativos sobre a economia e competitividade das empresas que integram os diversos segmentos do setor.

Como principais conseqüências, têm-se o não-aproveitamento de oportunidades de negócios relacionados aos produtos derivados do fumo, especialmente no mercado

internacional. Além disso, observa-se também a ocorrência de um alto grau de informalidade e sonegação de tributos no setor, o que gera grandes perdas para arrecadação tributária.

Como já exposto anteriormente, é dever dos governantes zelar pela saúde da população. Portanto, quando estes adotam medidas de proteção à saúde, estão cumprindo seu papel de promover o bem-estar social. É de fundamental importância reverter o impacto negativo do tabagismo sobre os gastos públicos. Além do que, quando a saúde é financiada por impostos, os não-fumantes terminam por arcar com parte dos custos de saúde dos que fumam.

As intervenções que se mostraram eficazes na redução do fumo são o aumento dos impostos sobre o fumo, a disseminação de informações sobre os riscos do fumo à saúde, a restrição do fumo em lugares públicos e no local de trabalho, proibição de propaganda e aumento do acesso às terapias para parar de fumar.

5.3 RECOMENDAÇÕES

Apesar de todas as dificuldades que o Brasil enfrenta por ser um país produtor de tabaco, por ser um país em desenvolvimento, por ter que lidar com as constantes e sofisticadas estratégias de grandes transnacionais de tabaco para minar as ações de controle do tabagismo, somos considerados um país líder neste processo de elaboração e implementação de políticas públicas de controle do tabagismo. Contudo ainda é necessário desenvolver mais pesquisas na área de custos e fortalecer os argumentos acerca da carga econômica que esse fator de risco impõe ao país e, dessa forma, subsidiar a implantação de novas ações e estratégias.

Ainda que a prevalência do tabagismo esteja se reduzindo no Brasil, os efeitos sobre a morbidade e mortalidade serão observados nas próximas décadas, fato que aponta para a continuidade da aplicação de recursos significativos para o tratamento de doenças cardíacas e oncológicas no médio e longo prazo, inclusive pelo fato de requerer a realização de procedimentos de alta complexidade e, portanto, de alto custo.

Pela magnitude que este fator de risco impõe aos sistemas de saúde, conhecer se a causa da doença está relacionada com o consumo de derivados do tabaco contribui para que se tenham dados mais robustos sobre a extensão da carga dessas patologias sobre o SUS. Seria importante que as bases de dados registrassem o tabagismo como principal fator causal,

quando um paciente chega a uma unidade de saúde. Esses dados poderiam auxiliar na mensuração do efetivo risco atribuível das enfermidades associadas ao tabagismo no país.

Além disso, os instrumentos relacionados aos preços poderiam ser empregados de forma mais efetiva visando à expansão do Programa que foi implementado com base em instrumentos independentes dos preços. Os impostos sobre o tabaco representam o instrumento mais custo-efetivo para a redução do consumo de cigarros, aumentando ao mesmo tempo a arrecadação de impostos, devido à baixa elasticidade-preço da demanda por cigarros. É inaceitável que um país como o Brasil, com uma alta proporção da dívida pública em relação ao PIB, invista recursos públicos em medidas de controle do tabaco sem usar efetivamente os instrumentos fiscais e relacionados aos preços para controlar o tabagismo.

Como recomendação, o primordial seria que o conjunto de impostos incidente na cadeia produtiva desse maior ênfase à equidade, tributando mais os produtos mais sofisticados, ou seja, aqueles que os somente a parte da população mais abonada pudesse comprar. Isso reverteria a regressividade do modelo de IPI atual. Outro ponto seria o aumento das alíquotas dos impostos que compõem a cadeia produtiva, visto que o total incidente sobre o preço final do produto ainda é muito inferior se comparado aos países desenvolvidos do globo, parâmetros no combate à epidemia do tabaco. Por fim, pode-se pensar ainda em uma combinação dos tipos de impostos incidentes sobre o consumo: *ad valorem* (alíquota sobre o preço) com *ad rem* (valor fixo por carteira). O primeiro traria maior flexibilidade ao sistema e o segundo evitaria a sonegação.

Em conjunto com os aumentos do imposto, o governo deveria prosseguir no combate das vendas ilegais de cigarros. As políticas destinadas ao combate ao mercado ilegal deveriam reduzir a demanda por cigarros ilegais através da contra-propaganda; além de aumentar a severidade das penalidades contra os contrabandistas, através de um maior controle e da aplicação efetiva da lei.

Seria também recomendável, sob a perspectiva da política de saúde, que sejam implantadas, pelos gestores do SUS, estratégias de prevenção e assistenciais, em todos os níveis, como a ampliação da oferta de tratamento do fumante do SUS, bem como a articulação entre a política de saúde e a política econômica, através do aumento dos preços dos cigarros. Estas são estratégias oportunas para reduzir os danos causados pelo tabaco e deveriam ser o foco dos gestores de saúde, caso se pretenda uma redução maior na prevalência desse fator de risco e da incidência de doenças tabaco-relacionadas para as próximas décadas. Portanto, é necessário agir hoje e com metas claras acerca do padrão de morbidade e mortalidade que o Brasil para que se possa daqui há algumas gerações, “colher os frutos”.

Por fim, seria de suma importância que o governo ou entidades não-governamentais interessadas, desenvolvessem um estudo visando elaborar um plano de sustentabilidade desse setor, visando principalmente os produtores rurais, através da substituição das culturas do tabaco, já que este é comprovadamente o elo mais fraco da cadeia produtiva.

REFERÊNCIAS

ACTbr. **Aliança De Controle Do Tabagismo**. Disponível em <http://www.actbr.org.br>. Acesso em: abr/mai/jun. 2010.

ARAÚJO, Alberto José de. **Custo-efetividade de intervenções de controle do tabaco no Brasil**. Rio de Janeiro: Tese [Doutorado em Engenharia de Produção] - Coordenação de Programas de Pós-Graduação (COPPE) da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2008.

BANCO MUNDIAL. **A epidemia do tabagismo**: Os governos e os aspectos econômicos do controle do Tabaco. Washington, DC: Banco Mundial, 1999.

BALEEIRO, Aliomar. **Uma introdução à ciência das finanças**. 14. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1996.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, R. M. **As políticas de saúde no Brasil**: reconstrução histórica e perspectivas atuais. Rev.Esc.Enf.USP, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996

BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Tabaco e pobreza, um círculo vicioso** – a convenção-quadro de controle do tabaco: uma resposta. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BOCCHI, J. H. et al. (Org.). A Investigação Econômica. In: _____ **Monografia para Economia**. São Paulo: Saraiva, 2004. p. 37-90

BOEIRA, Sérgio Luís; JOHNS, Paula. **Indústria de Tabaco vs. Organização Mundial de Saúde**: um confronto histórico entre redes sociais de *stakeholders*. Florianópolis: Revista Internacional Interdisciplinar Interthesis, v.4, n.1, jan/jul. 2007.

COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, A. C. (org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995. p. 225-44.

ANUÁRIO BRASILEIRO DO FUMO 2008. Santa Cruz do Sul: Gazeta, 2008.

ANUÁRIO BRASILEIRO DO FUMO 2009. Santa Cruz do Sul: Gazeta, 2009.

FILELLINI, Alfredo. **Economia do Setor Público**. São Paulo: Atlas, 1989.

GIAMBIAGI, Fábio; ALÉM, Ana Cláudia. **Finanças Públicas: Teoria e Prática no Brasil**. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2008.

GIL, A. C. Métodos da Economia. In: _____ **Técnicas de Pesquisa em Economia e Elaboração de Monografias**. São Paulo: Atlas, 2002. p. 31-43.

_____. O Processo de Pesquisa. In: _____ **Técnicas de Pesquisa em Economia e Elaboração de Monografias**. São Paulo: Atlas, 2002. p. 44-61.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: mai. 2010.

INCA. **Instituto Nacional Do Câncer**. Disponível em <http://www.inca.gov.br/tabagismo>; não existe uma data específica de acesso no site, pois as consultas eram praticamente diárias, sobre assuntos diversos.

_____. **Programa nacional de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer: modelo lógico e avaliação**. Rio de Janeiro, 2003.

INGLESIAS, Roberto. **Análise da situação atual em matéria de preços e impostos de cigarros**. São Paulo: ACTbr, 2008

_____. et al. **Controle do Tabagismo no Brasil**. Washington, DC: Departamento de Desenvolvimento Humano do Banco Mundial, Região da América Latina e do Caribe, 2007.

IPEA. **Instituto De Pesquisas Econômicas Aplicadas**. Disponível em <http://www.ipeadata.gov.br>. Acesso em: mai. 2010.

JOHNS, Paula; CORRAL, Thais. **Sociedade Civil organizada e a experiência de controle do tabaco no Brasil**. Disponível em http://actbr.org.br/uploads/conteudo/59_artigo_tabaco_espanha.pdf. Acesso em: mai. 2010.

KON, Anita. **Economia Industrial**. São Paulo: Nobel, 1999.

LUCCHESI, Patrícia (coord.). **Informação para Tomadores de Decisão em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

MATTOS, M.G et al. **Teoria e prática da metodologia da pesquisa em educação física: construindo sua monografia, artigo científico e projeto de ação**. São Paulo: Phorte, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: mai. 2010.

_____. **Brasil – Advertências Sanitárias nos Produtos de Tabaco – 2009**. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

_____. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco**. 2. Ed. Rio de Janeiro: INCA, 2003.

MONTORO FILHO, André Franco. **Sistemas tributários e o debate sobre a tributação específica**. Brasília: Conselho Federal de Contabilidade, ago. 2007. Disponível em: <<http://www.cfc.org.br/conteudo.aspx?codMenu=67&codConteudo=2529>>. Acesso em: 25 mai. 2010.

MOREIRA, Juarez N. M. **Custo e preços como estratégia gerencial em uma empresa de saneamento**. Florianópolis: Dissertação [Mestrado em Engenharia de Produção] - Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção da Universidade Federal de Santa Catarina; nov. 1998.

OMS. **Organização Mundial Da Saúde**. Disponível em: <http://www.who.int>. Acesso em: abr/mai/jun. 2010.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Saúde das Américas**. v. I. Washington, DC: OPAS, 2002.

PAILUS JÚNIOR, Aylton; CORDONI JÚNIOR, Luiz. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, dez. 2006. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude>. Acesso em: 06 abr. 2010.

PEREIRA, José Martins. **Finanças Públicas: A Política Orçamentária no Brasil**. São Paulo: Atlas, 1999.

PESQUISA NACIONAL SOBRE SAÚDE E NUTRIÇÃO: perfil de crescimento da população brasileira de 0 a 25 anos. Brasília: INAN, 1990. 60 p.

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

PESQUISA ESPECIAL DE TABAGISMO EM PESSOAS DE 15 ANOS OU MAIS DE IDADE – PETab – Global Adult Tobacco Survey – GATS – proposta brasileira, versão 3.0 Rio de Janeiro: IBGE, Diretoria de Pesquisas; Instituto Nacional do Câncer – INCA, 2008. 128 p.

PINTO, Márcia Ferreira Teixeira. **Custos de Doenças Tabaco - Relacionadas:** uma análise sob a perspectiva da economia e da epidemiologia. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

Por que tudo é tão caro no Brasil? **Revista Época**, São Paulo, n. 627, p. 72-82, mai. 2010.

RIANI, Flávio. **Economia do Setor Público:** uma abordagem introdutória. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1997.

SAMPAIO, Maria da Conceição. Tributação do consumo no Brasil: aspectos teóricos e aplicados. In: _____ BIDERMAN, Ciro; ARVATE, Paulo. **Economia do setor público no Brasil**. São Paulo, Campus: 2004.

SANTOS, Fernando et al. **Bens Públicos:** uma abordagem microeconômica. Disponível em: http://www.viannajr.edu.br/revista/eco/doc/artigo_60001.pdf. Acesso em mai. 2010.

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL. Disponível em: <http://www.receita.fazenda.gov.br>; não existe uma data específica de acesso ao site, pois as consultas eram praticamente diárias, sobre assuntos diversos.

SENADO FEDERAL DO BRASIL. Disponível em: <http://www.senado.gov.br>. Acesso em: 04 mai. 2010.

SILVA, Fernando A. Rezende. **Finanças Públicas**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 1981.

SILVA, Raimundo. **Políticas Públicas de Saúde**. Disponível em <http://www.webartigos.com/articles/14679/1/politicas-publicas-de-saude/pagina1.html>. Acesso em: mar. 2010.

SILVEIRA, Andréa Fernanda. **Tabagismo e políticas públicas:** uma análise sobre a lógica de diferentes estabelecimentos do ramo de entretenimento sobre a proibição de fumar em

ambientes fechados. São Paulo: Tese [Doutorado em Psicologia Social] - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2007.

SINDIFUMO – SP. **Estudo sobre a Tributação da Cadeia Produtiva do Fumo no Brasil.** São Paulo: Fundação Instituto de Pesquisas Contábeis, Atuariais e Financeiras, mar. 2006.

_____. **Análise dos Efeitos dos Benefícios Fiscais Concedidos pelos Estados Brasileiros às Indústrias de Cigarros sobre a Arrecadação do ICMS no Estado de São Paulo.** São Paulo: Fundação Instituto de Pesquisas Contábeis, Atuariais e Financeiras, jun. 2006.

SINDITABACO. **Sindicato Da Indústria Do Tabaco.** Disponível em <http://www.sindifumo.com.br>. Acesso em: mai. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISOLOGIA. XXI Tabagismo. In: _____ Agência Nacional de Saude Suplementar (Brasil). **Primeiras diretrizes clinicas na saude suplementar.** Rio de Janeiro: ANS, 2009. p. 254-273

SOUZA CRUZ. Disponível em <http://www.souzacruz.com.br>. Acesso em: 09 jun. 2010.

SOUSA, Maria da Conceição Sampaio. **Bens públicos e externalidades.** Disponível em <http://e-groups.unb.br/face/eco/inteco/textosnet/1parte/externalidades.pdf>. Acesso em mai. 2010.

TABAGISMO. São Paulo: On Line Editora, Ano 6 - Nro. 45.

TEIXEIRA, E. Trilhas para o Pesquisador. In: _____ **As Três Metodologias:** Acadêmica, da Ciência e da Pesquisa. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2005. p. 117-142.

VERÍSSIMO, Renata; FROUFE, Célia. **Receita arrecadará mais R\$ 975 mi com cigarro em 2009.** São Paulo: Jornal Estadão, mar. 2009. Disponível em <http://www.estadao.com.br/noticias/economia,receita-arrecadara-mais-r-975-mi-com-cigarro-em-2009,347344,0.htm>. Acesso em jun. 2010.